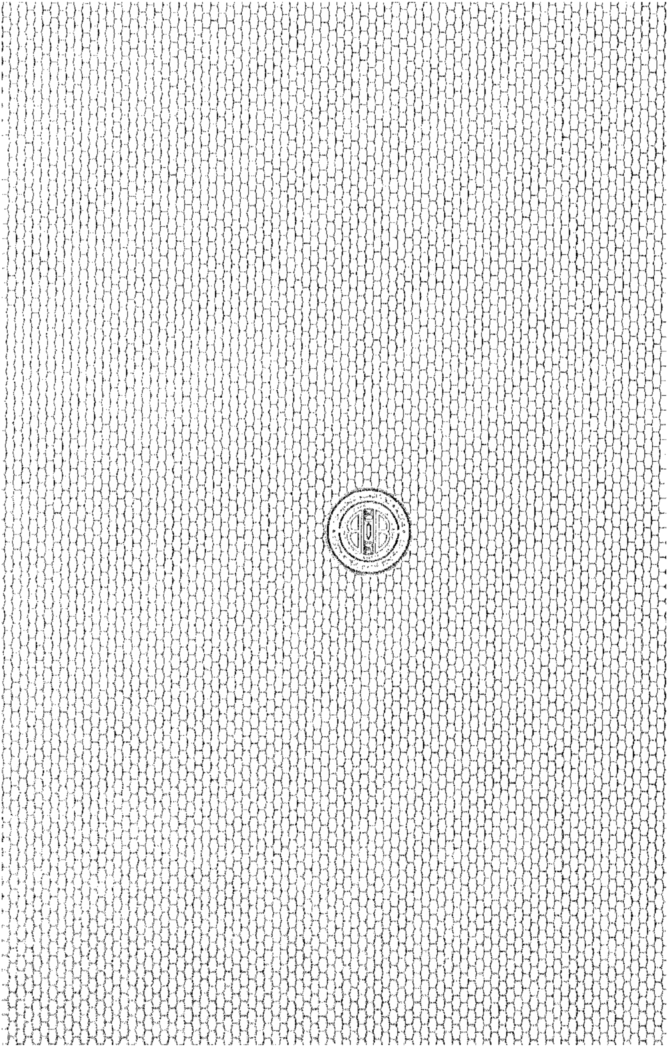
DANIEL P. HALLAHAN, JAMES M. KAUFFMAN, PAIGE C. PULLEN

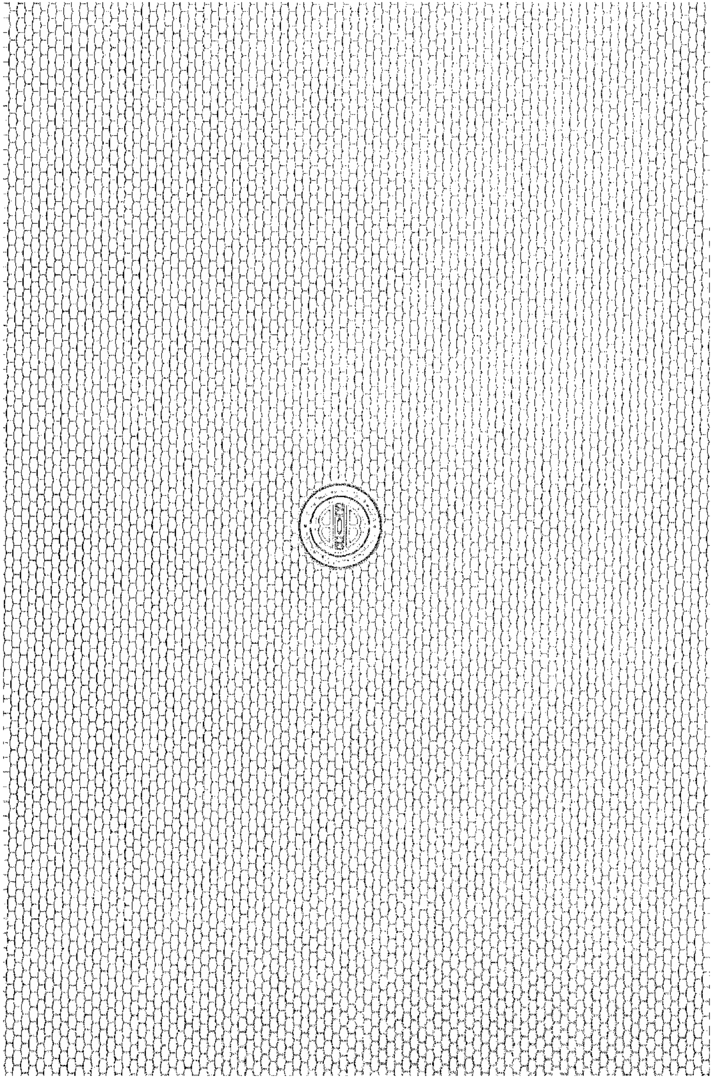
الطلبة ذوي الحاجات الخاصة

مقدمة في التربية الخاصة

ترجمة

أ. د. فتحي جروان
د. حاتم الخمرة
د. لينا بن صديق
د. سهى طبال
د. موسى العمايرة
د. قيس مقداد
د. شادن عليوات
د. صفاء العلي
د. غالب الحياري
د. عمر فواز
د. نايف الزارع
د. محمد الجابري





بسم الله الرحمن الرحيم

الطلبة ذوي الحاجات الخاصة

مقدمة في التربية الخاصة

EXCEPTIONAL LEARNERS

AN INTRODUCTION TO SPECIAL EDUCATION

Authorized translation from the English language Edition, EXCEPTIONAL LEARNERS-An Introductio to Special Education 12th Edition , ISBN 9780137033706 ,Daniel P.Hallahan-James M. Kauffman-Paige C.Pullen. publishing by Pearson Education , Inc.
Copyright @ 2012

371.9

DANIEL P. HALLAHAN, JAMES M. KAUFFMAN, PAIGE C. PULLEN

الطلبة ذوي الحاجات الخاصة مقدمة في التربية الخاصة

عمان - دار الفكر ناشرون وموزعون **2013**

ر.أ.: **2872/7/2012**

* أعدت دائرة المكتبة الوطنية بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية

* يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى.

الواصفات: التربية الخاصة

الطبعة الأولى، 2013 -1434

حقوق الطبع محفوظة

دار الفكر ناشرون وموزعون

www.daralfiker.com

المملكة الأردنية الهاشمية - عمّان

ساحة الجامع الحسيني - سوق البتراء - عمارة الحجيري

هاتف: 4621938 6 962+ فاكس: 4654761 6 962+

ص.ب: 183520 عمان 11118 الأردن

بريد الكتروني: info@daralfiker.com

بريد المبيعات: sales@daralfiker.com

All rights reserved. No part of this book may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means without prior permission in writing of the publisher.

جميع الحقوق محفوظة. لا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو أيّ جزء منه، أو تخزينه في نطاق استعادة المعلومات، أو نقله بأيّ شكل من الأشكال، دون إذن مسبق من الناشر.

ISBN: 978-9957-07-997-0

الطلبة ذوي الحاجات الخاصة

مقدمة في التربية الخاصة

EXCEPTIONAL LEARNERS

AN INTRODUCTION TO SPECIAL EDUCATION

DANIEL P. HALLAHAN, JAMES M. KAUFFMAN, PAIGE C. PULLEN

ترجمة

أ. د. فتحي جروان
د. موسى العمايرة
د. غالب الحياري
د. حاتم الخمرة
د. قيس مقداد
د. عمر فواز
د. لينا بن صديق
د. شادن عليوات
د. نايف الزارع
د. سهى طبال
د. صفاء العلي
د. محمد الجابري

الطبعة الأولى
1434-2013

دار الفكر
ناشرون وموزعون

فهرس المحتويات

1. الطلبة ذوي الحاجات الخاصة و التربية الخاصة 31

2. الطلبة ذوو الاعاقات العقلية والنمائية 55

3. الطلبة ذوو صعوبات التعلم 83

4. الطلبة ذوو اضطراب عجز الانتباه و النشاط الحركي الزائد 131

5. الطلبة ذوو الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية 177

6. الطلبة ذوو اضطرابات طيف التوحد 217

7. الطلبة ذوو اضطرابات التواصل 256

8. الطلبة الصم وضعاف السمع 295

9. الطلبة المكفوفون وضعاف البصر 341

10. الطلبة ذوو الإعاقات قليلة الحدوث والمتعددة والشديدة 385

11. الطلبة ذوو الاعاقات الجسمية والصحية 428

12. الطلبة ذوو الموهبة و التفوق 459

13. التوجهات الحديثة في تلبية احتياجات الطلبة ذوي الحاجات الخاصة 484

14. الآباء والأمهات والأسر 525

فهرس المحتويات التفصيلي

1 الطلبة غير ذوي الحاجات الخاصة و التربية الخاصة 31

• التعرف على الطلبة ذوي الحاجات خاصة و التربية الخاصة: 34
- الأسباب التي تدعو إلى التفاؤل 34
- أهمية القدرات 36
- العجز مقابل الإعاقة 36
- العجز مقابل عدم القدرة 36
• التعريف التربوي للطلبة ذوي الحاجات الخاصة 37
• نسبة انتشار الطلبة ذوي الحاجات الخاصة: 38
- الفئات عالية الانتشار والفئات قليلة الانتشار 40
• تعريف التربية الخاصة 40
• الأصول التاريخية للتربية الخاصة : 41
- الأفراد و الأفكار 42
- الاندماج، معاداة الإيواء، و الدمج 44
- المجلس الأعلى للأطفال ذوي الحاجات وتطور الميدان 46
- الأفراد، والأسر، و المنظمات 46
- التشريعات والقوانين والدعاوى القضائية 48
• تعليقات على التقدم في التربية الخاصة 52
• ملخص الفصل 53

2 الطلبة ذوو الإعاقات العقلية والنمائية 55

• مصطلح الإعاقات العقلية والنمائية 58
• تعريف الإعاقة العقلية: 59
- تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية والنمائية 59
- تصنيف الاعاقات العقلية 61
• نسبة الانتشار 61

- أسباب الاعاقة العقلية: 63
  - أسباب مرحلة ماقبل الولادة 63
  - أسباب مرحلة أثناء الولادة 67
  - أسباب مرحلة مابعد الولادة 67
- آلية التعرف على الاعاقة العقلية: 68
  - اختبارات الذكاء 68
  - السلوك التكيفي 69
- الخصائص السيكولوجية والسلوكية للأفراد ذوي الإعاقة العقلية: 69
  - الأنماط السلوكية للمتلازمات الوراثية 70
- الاعتبارات التربوية: 71
  - التدريس المنظم 72
  - التدريس في البيئة الطبيعية 73
  - البدائل التربوية 74
- تقييم مستوى التحسن: 74
  - تقييم السلوك التكيفي 75
  - تقييم نوعية الحياة 75
  - الاعتبارات المتعلقة بعملية التقييم 76
- الانتقال نحو مرحلة الرشد: 77
  - تقرير (المصير) 77
  - البرامج الانتقالية 77
  - التجهيزات المجتمعية 77
  - تكيف المجتمع 78
  - تشغيل الأفراد ذوي الاعاقة العقلية 79
  - توجيهات مستقبلية 79
- ملخص الفصل 79

3 الطلبة ذوي صعوبات التعلم 83

- تعريف صعوبات التعلم : 87
  - التعريف الفدرالي 88
  - تعريف اللجنة الوطنية المشتركي لصعوبات التعلم 89
- آلية التصرف على الطلبة ذوي صعوبات التعلم: 90
  - التباين بين القدرة والتحصيل 91
  - الاستجابة للمعالجة 92
- نسبة الانتشار : 93
  - زيادة نسبة الانتشار وانخفاضها 94
  - الفروق تبعاً للجنس (النوع الاجتماعي) 94
- أسباب صعوبات التعلم: 95
  - العوامل الجينية 97
  - التسمم 98
  - العوامل الطبية 98
- الخصائص السلوكية العصبية: 98
  - التنوع البيني 98
  - التنوع الذاتي 98
  - مشكلات التحصيل الأكاديمي 99
  - مشكلات في الإدراك، الادراك الحركي، والتآزر العام 103
  - اضطرابات الانتباه والنشاط الزائد 104
  - مشكلات الذاكرة وماوراء المعرفة 104
  - مشكلات الانفعالية و الاجتماعية 105
  - مشكلات الدافعية 107
  - قصور استخدام الاستراتيجية لدى المتعلم غير النشط 107
- الاعتبارات التربوية : 108
  - التدريب المعرفي 108

– اتجاهات تدريس المواد الدراسية 110
– التدريس المباشر 113
– التدريب بواسطة الأقران 115
– نماذج تقديم الخدمات 116
• تقييم مستوى التحسن: 119
– التقييم المبني على المنهاج 119
– التقييم غير الرسمي 120
– تعديلات الاختبار 121
• التدخل المبكر 121
• الانتقال نحو مرحلة الرشد: 122
– العوامل المرتبطة بالانتقال الناجح 123
– برامج المرحلة الثانوية 126
– برامج ما بعد المرحلة الثانوية 127
• ملخص الفصل 128

4 الطلبة ذوو اضطراب عجز الانتباه و النشاط الحركي الزائد 131

• نظرة تاريخية سريعة: 135
– الأطفال الذين وصفهم ستيل بالقصور في الضبط الاخلاقي 135
– الجنود الذين أصيبوا في الدماغ أثناء الحرب العالمية الأولى كما وصفهم جولدشين 136
– متلازمة أعراض ستراوس 136
– جهود كرويكشانك 137
– الاصابات الدماغية البسيطة ومتلازمة أعراض الطفل ذي النشاط الحركي الزائد 137
• تعريف الاضطراب 138
• نسبة الانتشار 139
• الأسباب المؤدية للاضطراب: 140
– المناطق الدماغية التي تتأثر باضطراب ADHD 142

- الناقلات أو الموصلات العصبية 142
- العوامل الوراثية 143
- المواد السامة العوامل الطبية 144
• الخصائص السلوكية والنفسية للأطفال المضطربين ADHD : 146
- نموذج باركلي 146
- السلوك التكيفي 152
- مشكلات السلوك الاجتماعي 153
- حالات متزامنة 153
• الاعتبارات التربوية : 155
- ترتيب الفصل وقيام المعلم بالتوجيه 155
- التحليل الوظيفي للسلوك والادارة المشروطة للذات 157
- نماذج تقديم الخدمة 161
• الإعتبارات الطبية: 164
- معارضة تعاطي الريتالين 164
- الأدلة التي كشفت عنها البحوث 165
- الاحتياطات المتعلقة بالريتالين 167
- تقييم مستوى التحسن 167
• التدخل المبكر 168
• الانتقال إلى مرحلة الرشد: 168
- تشخيص الاضطراب في مرحلة الرشد 169
- النتائج المترتبة على الاضطراب في مرحلة الرشد 169
• ملخص الفصل 173

5 الطلبة ذوو الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية 177

• تحديد المصطلحات وتوحيدها 181
• تعريف الاضطراب السلوكي أو الانفعالي: 182
- الاضطراب السلوكي أو الانفعالي في ضوء التعريفات الراهنة 183
• تصنيف الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية 185

- نسبة الانتشار 187
- أسباب الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية: 187
  - العوامل البيولوجية 188
  - العوامل الأسرية 190
  - العوامل المدرسية 190
  - العوامل الثقافية 191
- تحديد وتشخيص الاضطراب السلوكي أو الانفعالي 191
- الخصائص التقنية والسلوكية للأطفال المضطربين سلوكياً أو انفعالياً: 193
  - الذكاء و التحصيل 193
  - الخصائص الانفعالية والاجتماعية للمضطربين سلوكياً أو انفعالياً 195
- الاعتبارات التربوية : 201
  - موازنة الضبط السلوكي في التعلم الأكاديمي والاجتماعي 201
  - أهمية الخدمات المتكاملة 201
  - الاستراتيجيات الناجحة 201
- تقديم الخدمة: 202
  - اتجاهات نحو الدمج 202
  - الحاجة إلى المهارات الاجتماعية 203
- اعتبارات الانضباط: 204
  - تقييم السلوك الوظيفي 206
  - دعم السلوك الوظيفي 207
  - دعم السلوك المرغوب 208
- تقييم مستوى التحسن 210
- الانتقال إلى مرحلة الرشد 213
- ملخص الفصل 215

6 **الطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد** 217

- نظرة التاريخية: بحوث كانر و أسبرجر: 222
  - دراسة كانر 223

- دراسة أسبرجر 223
• تعريف اضطرابات طيف التوحد 224
• نسبة الانتشار 225
• الأسباب: 227
- النظريات السببية الأولى أو المبكرة 229
- النظريات السببية الراهنة 230
• آلية التعرف والتشخيص 233
• الخصائص السيكولوجية والسلوكية: 234
- التوحد 234
- اضطراب متلازمة اسبرجر 237
- نحو بناء نظرية موحدة لاضطرابات طيف التوحد 239
• الاعتبارات التربوية: 241
- مبادئ البرامج التربوية للطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد 241
- أمثلة لبرامج تربوية للطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد 243
- نماذج تقديم الخدمات 246
• تقييم مستوى التحسن: 248
- متابعة التقدم والتحسن في تطور اللغة 248
- متابعة التقدم والتحسن في المهارات الاجتماعية والتكيفية 248
• التدخل المبكر 249
• الانتقال لمرحلة الرشد 250
- البرامج الانتقالية لفئة التوحد 251
- البرامج الانتقالية لمتلازمة أسبرجر 251
• ملخص الفصل 253

7 الطلبة ذوو اضطرابات التواصل 257

• تعريفات 260
• نسبة الانتشار 262
• تنوع التواصل 264

• اضطرابات اللغة: 266

- تصنيف اضطرابات اللغة 268

- أضطرابات اللغة الرئيسة 271

- اضطرابات اللغة الثانوية 271

• اضطرابات الكلام: 272

- الاضطرابات الفنولوجية 273

- اضطرابات الصوت 275

- اضطرابات الطلاقة 276

- اضطرابات الكلام الحركية 277

• الاعتبارات التربوية : 278

- تسهيل الاستخدام الاجتماعي للغة 278

- استراتيجيات طرح الأسئلة 281

- تعليم القراءة والكتابة: التعبير المقروء والمكتوب 285

• تقييم مستوى التحسن 285

• التدخل المبكر: 286

- التطور المبكر والعلاج المبكر 287

- التدخل المبكر في تأخر اكتساب اللغة 288

- مشاركة الأسرة 289

• الانتقال إلى سن الرشد 291

• ملخص الفصل 293

8 الطلبة الصم وضعاف السمع 295

• تعريف الاعاقة السمعية أو مفهومها 298

• نسبة الانتشار 301

• تشريح وفسيولوجيا الأذن : 301

- الأذن الخارجية 302

- الأذن الوسطى 302

- الأذن الداخلية 303

• قياس القدرة على السمع:	303
– اختبارات المسح	304
– القياس السمعي لمدى نفاذ الصوت	304
– القياس السمعي للكلام	305
– المقاييس التي تستخدم مع الأطفال الأصغر سناً للأطفال الذين يصعب فحصهم	306
• أسباب الاعاقة السمعية:	307
– فقدان السمع التوصيلي والحس عصبي والمركب أو المختلط	307
– فقدان السمع والأذن الخارجية	307
– فقدان السمع السمعي والأذن الوسطى	308
– فقدان السمع السمعي والأذن الداخلية	308
• الخصائص النفسية والسلوكية للصم وضعاف السمع:	309
– اللغة وتطور الكلام	309
– لغة الإشارة	311
– القدرة العقلية	313
– التحصيل الأكاديمي	313
– التوافق الاجتماعي	314
• الاعتبارات التربوية :	319
– طريقة ثنائي اللغة ثنائي الثقافة	323
• نماذج تقديم الخدمات	324
– التطورات التكنولوجية	326
– أنظمة الترجمة المرئية الخاصة بالنافذة الخلفية شرحاً وتعليقاً ينعكس على الشاشة الأكليريكية الخاصة بالمشاهد	329
• التدخل المبكر	331
• الانتقال إلى مرحلة الرشد:	335
– التعليم بعد المرحلة الثانوية	335
– قضايا أسرية	337

● ملخص الفصل 338

9 الطلبة المكفوفون وضعاف البصر 341

● التعريف والتصنيف 344
● نسبة الانتشار 347
● تشريح وفسيولوجيا العين 347
● تقييم الاعاقة البصرية 348
● أسباب الإعاقة البصرية عند الأطفال والراشدين: 349
– أسباب الإعاقة البصرية عند الأطفال على نحو خاص 352
● الخصائص النفسية والسلوكية للمكفوفين وضعاف البصر: 353
– التطور اللغوي 353
– القدرة العقلية 353
– التعرف و التنقل 354
– التحصيل الأكاديمي 356
– التكيف الاجتماعي 356
● الاعتبارات التربوية : 359
– طريقة برايل 360
– استغلال الرأية المتبقية 363
– مهارات الاستماع 365
– التدريب على التعرف والتنقل 365
– الوسائل التكنولوجية المساعدة 368
● نماذج تقديم الخدمات 372
● قياس مستوى التقدم: 373
– تقييم المهارات الأكاديميية 374
– تقييم المهارات الوظيفية 374
– تعديل الاختبارات 375
● التدخل المبكر 375
● الانتقال إلى مرحلة الرشد: 376

- العيش المستقل 378
- التوظيف (التشغيل) 380
• ملخص الفصل 381

10 الطلبة ذوو الإعاقات قليلة الحدوث والمتعددة والشديدة 385

• التعريف و نسبة الانتشار 388
• إصابات الدماغ الصادمة: 389
- التعريف و الخصائص 390
- نسبة الانتشار 392
- الأسباب 393
- الاعتبارات التربوية 393
• الإعاقة السمعية - البصرية: 396
- التعريف 399
- نسبة الانتشار 400
- الأسباب 400
- الخصائص النفسية والسلوكية 403
- الاعتبارات التربوية 405
• الاعتبارات التربوية للعديد من الطلبة من ذوي الإعاقات قليلة الحدوث والمتعددة والشديدة: 411
- أنظمة التواصل المساندة أو البديلة 412
- المشكلات السلوكية 418
• التدخل المبكر 422
• الانتقال إلى مرحلة الرشد 424
• ملخص الفصل 426

11 الطلبة ذوو الإعاقات الجسمية والصحية 429

• التعريف والتصنيف 432

• نسبة الانتشار	434
• الإعاقات العصبية الحركية :	434
- الشلل الدماغي	435
- اضطرابات التشنج (الصرع)	438
- العمود الفقري المفتوح (الصلب المشقوق) والاصابات الأخرى للحبل الشوكي	440
• الحالات الأخرى التي تؤثر في صحة الفرد وقدراته الجسمية	443
• اضطراب أحد الأعضاء أو الاضطرابات العقلية الهيكلية	444
• الوقاية من الاعاقات الجسمية:	446
• الخصائص التقنية والسلوكية للأطفال المعوقين جسمياً	447
- التحصيل الأكاديمي	447
- خصائص الشخصية	448
• الاعتبارات التربوية :	451
- التخطيط الفردي	451
- البدائل التربوية	451
- الأهداف التربوية والمنهاج	452
- العلاقة مع باقي الإعاقات	452
• التدخل المبكر	454
• اختيار المهنة	454
• الأطراف الاصطناعية، و الأجهزة التقويمية والتكيفية الخاصة بالأنشطة اليومية	455
• ملخص الفصل	457
12 الطلبة ذوو الموهبة و التفوق	459
• التعريف	463
• نسبة الانتشار	466
• أصول الموهبة	467
• الكشف عن الموهبة	468
• الخصائص السلوكية والنفسية	469
• القيم الثقافية بالنسبة للطلبة الموهوبين ورعايتهم	471

● الفئات المهملة من الطلبة الموهوبين والمتفوقين 471
- الموهوبون متدنو التحصيل 472
- طلبة المناطق النائية والطبقات الاجتماعية والاقتصادية المتدنية 473
- مجموعات الأقليات العرقية والثقافية 473
- الطلبة ذوو الإعاقات 474
- الأناث الموهوبات 476
● الاعتبارات التربوية 477
● التدخل المبكر 480
● الانتقال إلى مرحلة الرشد 481
● ملخص الفصل 482

13 التوجهات الحديثة في تلبية احتياجات الطلبة ذوي الحاجات الخاصة 484

● تقييم وتحديد الطلبة ذوي الحاجات الخاصة: 488
- فريق ما قبل الإحالة 488
- الاستجابة للمعالجة 489
● هدف قانون التربية الخاصة: التربية الفردية للطلبة ذوي الاعاقات: 492
- البرامج التربوية الفردية 493
- خطة الخدمات الأسرية الفردية 499
- الخطط الانتقالية للمراهقين من ذوي الإعاقات 500
● تقديم التربية الخاصة: قضايا الاحالة (اختبار البديل) للطلبة ذوي الحاجات الخاصة: 501
- البيئات الأقل تقييداً 503
- الدمج الشامل في المدارس 505
- تطبيق ممارسات التعليم الشامل 506
● أدوار المعلمين في تقديم خدمات التربية الخاصة: 509
- العلاقات بين التربية العامة والخاصة 509
- التربية الخاصة والطلبة المعرضون للخطر 509
- التوقعات من كافة المتعلمين 510
- التوقعات من معلمي التربية الخاصة 512
● دمج الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع والأكبر: 515

- تحديد المصير 515
- التصميم العالمي والتصميم العالمي للتعليم 517
- استخدام التكنولوجيا الحديثة 518
● التربية الخاصة في سياق الاصلاح المبني على المعايير : 519
- قضايا التقييم في عصر المساءلة 520
● الأفكار الختامية المتعلقة بالتربية الخاصة 251
● ملخص الفصل 251

14 الآباء والأمهات والأسر 252

● التغير في وجهات نظر المختصين حول الآباء والأمهات والأسر: 529
- أثر الطفل ذي الإعاقة على الأسرة 531
- ردود فعل الوالدين 532
- تكيف الوالدين 537
- ردود فعل الأخوة و الأخوات 540
- تكيف الأخوة والأخوات 542
● النهج المرتكز على الأسرة للعلاج والتعليم : 544
- نظرية الأنظمة الاجتماعية 545
- الدعم الاجتماعي للأسر 549
- التدخل السلوكي الايجابي ودعم السلوكيات غير التكيفية 551
- التواصل بين الآباء والأمهات والمختصين 552
- كسب تأييد (المدامنة) الوالدين 557
● ختاماً 560
● ملخص الفصل 560

المراجع 562

نبذة مختصرة عن المؤلفين :

د. دانييل هالاهان (Dr. Daniel Hallahan):

الدكتور دانيال برفسور في التربية الخاصة في كلية التربية ومسؤول عن برامج الدكتوراة في جامعة فيرجينيا. لقد تقلد الدكتور عددا كبيرا من المناصب والرتب والجوائز العالمية و العلمية كان من أهمها:

ترأسه لوحدة صعوبات التعلم التابعة للمجلس الأعلى للأطفال المعوقين (CEC). وللدكتور دانيال عدداً من الأبحاث العلمية يفوق المئة بحث علمي وما لايقل عن سبعة عشر كتابا في مواضيع مختلفة في التربية الخاصة كان من أهمها سلسلة هذا الكتاب (مقدمة في التربية الخاصة) وكتاب آخر تناول الحديث عن فئة صعوبات التعلم.

د. جيمس كوفمان (Dr. James Kauffman):

الدكتور جايمس بروفسور في التربية الخاصة في كلية التربية التابعة لجامعة فيرجينيا في الولايات المتحدة الأمريكية. لقد تقلد الدكتور عددا كبيرا من المناصب والرتب والجوائز العالمية و العلمية كان من أهمها:

ترأسه لوحدة الأطفال ذوي اضطرابات السلوك التابعة للمجلس الأعلى للأطفال المعوقين (CEC). وللدكتور جايمس عدد من الأبحاث العلمية يفوق المئة بحث علمي وعدد كبير من الكتب العلمية في مواضيع مختلفة في التربية الخاصة كان من أهمها سلسلة هذا الكتاب (مقدمة في التربية الخاصة)، وكتاب المرجع في التربية الخاصة، وكتاب خصائص الأطفال ذوي الاضطرابات الانفعالية و السلوكية.

د. بييج بولين (Dr. Paige Pullen):

الدكتورة بايج أستاذ مشارك في التربية الخاصة في كلية التربية التابعة لجامعة فيرجينيا الأمريكية. وتدرس الدكتورة عددا من المساقات المتخصصة في الطلبة ذوي صعوبات القراءة ولها اهتمامات بحثية مرتبطة بنمو المهارات اللغوية وآليات الوقاية من صعوبات التعلم وطرق معالجتها. وتعمل الدكتورة مستشارة علمية لعدد من المدارس كما أن لها العديد من المؤلفات العلمية و البحثية والتي من أهمها كتاب الوعي الصوتي وكيفية تدريبه وكتاب آخر في الطلبة ذوي صعوبات التعلم.

مقدمة المترجمين:

في زمن تبدو فيه التربية الخاصة ناضجة على صعيد أسسها النظرية والعلمية ، ومعاصرة في ممارساتها وتطبيقاتها العملية، تأتي هذه الطبعة المحدثة عن الطبعة التي سبقتها لتكمل مسيرة ايضاح آليات فهمنا وتعاملنا مع الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. تعد هذه الترجمة جهدا علميا جماعيا لنخبة من أساتذة التربية الخاصة وأساتذة الخدمات المساندة لتحاكي الطبعة الأحدث للأصل في اللغة الانجليزية. إن الهدف العام من إعداد وترجمة هذا الكتاب كان تزويد المكتبة العربية والقارئ والمتعلم العربي بما هو حديث ومعاصر في التربية الخاصة ومفاهيمها الأساسية.

تتناول هذه الترجمة الحديث عن الطلبة ذوي الحاجات الخاصة من حيث نوع الفئات التي ينتسبون اليها والآليات التي يتم من خلالها تقديم خدمات التربية الخاصة و الخدمات المساندة لهم عبر اثني عشر فصلا متتابعا. يتناول كل فصل من هذه الفصول فئة مستقلة بحد ذاتها يتم العمل على ايضاحها عبر عدد من العناوين المتتابعة لتوصل للمتعلم والقارئ بلغة عربية سلسلة وسهلة الفهم ما هية تلك الفئة وما تتضمنه من متطلبات تربوية وخدمية يجب أن تنحو التربية الخاصة نحوها لتلبي احتياجات الطلبة الذين يندرجون ضمنها وبصورة تكفل لهم النهوض بمستوى قدراتهم إلى أقصى درجة ممكنة.

يتناول الفصل الأول الحديث عن الأسس العامة والجذورالتاريخية للتربية الخاصة. كما يتناول الحديث عن فئة الطلبة غير العاديين وآليات تميزهم عن باقي الطلبة بلغة تحمل في طياتها معاني ايجابية توضح الكيفية التي يختلف بها هؤلاء الطلبة. ويختم الفصل الأول بتعريفه للتربية الخاصة ولمعاني العجز والإعاقة في ضوء جملة من التعليقات التي تربط بين ما هو ممارس فعلا في التربية الخاصة وما هو متوقعا أن يتم تغييره في عصر تنحو فيه جميع الخدمات نحو الدمج ونبذ الإيواء.

أما الفصل الثاني فيسهب في الحديث عن الطلبة ذوي الاضطرابات العقلية النمائية (IDD) والتي كانت تعرف باسم الاعاقة العقلية قديما. يبدأ هذا الفصل الحديث عن هذه الفئة بتقديمه للمصطلح الحديث المستخدم حديثا لوصف الطلبة الذين ينتسبون إليها. كما ويتناول الفصل الحديث عن أهم الأسس النظرية التي دعمت تغيير اسم هذه الفئة والنتائج الايجابية للمصطلح الحديث. ويتناول الفصل أيضا الحديث عن هذه الفئة بإسهاب موضحا أسس تشخيصها وخصائص أفرادها السلوكية وكيفية إعداد وتقديم الخدمات المختلفة عبر المراحل العمرية المختلفة. كما ويختم الفصل حديثه عن هذه الفئة بملخص منظم لأهم ما تم طرحه ومناقشته بصورة مباشرة.

يتناول الفصل الثالث الحديث عن فئة الطلبة ذوي صعوبات التعلم المحددة (LD) باعتبارها من أكثر الفئات شيوعا وتواجدا في صفوف التعليم العام وصفوف التربية الخاصة على حد سواء. حيث يتطرق الى أهم ما ورد في تعريف هذه الفئة وخاصة مايرتبط بتحديد جوانب القصور الأكاديمية والسلوكية لدى أفراد هذه الفئة. كما أن الفصل يتناول الحديث عن أبرز نتائج الدراسات العلمية المرتبطة في الحديث عن الأسس العصبية التي تناولت تفسير فئة صعوبات التعلم. كما وأن الفصل

يسهب في الحديث عن معيار الاستجابة للمعالجة كأحد المحكات التشخيصية المهمة وكأحد الأسس التي تبنى عليها آليات تقديم الخدمات المناسبة للطلبة ضمن هذه الفئة عبر مراحلهم العمرية المختلفة. كما ويختم الفصل حديثه عن هذه الفئة بملخص منظم لأهم ما تم طرحه ومناقشته وبصورة مباشرة.

أما الفصل الرابع فيتناول الحديث عن فئة الطلبة ذوي اضطراب عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) كفئة مستقلة عن غيرها من فئات التربية الخاصة. يوضح الفصل الآليات التي يمكن من خلالها تشخيص هذه الفئة وفقا لمحكات القصور في الانتباه والنشاطا الحركي الزائد والاندفاعية. كما يوضح الفصل الآلية التي يمكن من خلالها تفريق هذه الفئة عن غيرها من الفئات وخاصة فئة صعوبات التعلم. ويسهب الفصل في الحديث عن الأسس العصبية وآليات التدخل العلاجية ذات الأسس الطبية وخاصة استخدام العقاقير وطبيعة أثرها في سلوكيات طلبة هذه الفئة. وفي النهاية يتناول الفصل الحديث عن أهم الاعتبارات التربوية الخاصة لطلبة هذه الفئة وخاصة في صفوف التعليم العام وعن الكيفية التي تنظم وتقدم من خلالها هذه الخدمات لهؤلاء الطلبة عبر مراحل العمر المختلفة. كما ويختم الفصل حديثه عن هذه الفئة بملخص منظم لأهم ما تم طرحه ومناقشته وبصورة مباشرة.

ويتناول الفصل الخامس الحديث عن الطلبة ذوي الاضطرابات الانفعالية والسلوكية كإحدى الفئات التي شهدت تقدما ملحوظا في آليات فهمها وتعريفها وتقديم الخدمات المتخصصة لها. حيث يوضح الفصل الأسس الثلاث الحديثة لتعريف هذه الفئة من حيث الشدة و الديمومة وعدم القبول لجملة السلوكيات التي يظهرها طلبة هذه الفئة. كما ويسهب الفصل في وصفه لجملة الاسباب البيولوجية والأسرية والمدرسية التي تسهم في حدوث هذه الفئة مع لفت النظر الى نسبة انتشارها الحديثة مقارنة بغيرها من الفئات. وأخيرا يوضح الفصل الآليات التي يمكن من خلالها مساعدة طلبة هذه الفئة عبر مراحل عمرهم المختلفة. كما ويختم الفصل حديثه عن هذه الفئة بملخص منظم لأهم ما تم طرحه ومناقشته بصورة مباشرة.

أما الفصل السادس فيتحدث عن اضطرابات طيف التوحد (ASD) وخاصة اضطراب التوحد ومتلازمة أسبرجر كإحدى الفئات التي تتضمنها التربية الخاصة والتي لم تعد قليلة الحدوث كما كان يعتقد سابقا. ويسهب الفصل في حديثه عن تعريف هذه الفئة وما تتضمنه من فئات ضمنية تندرج تحتها. كما ويوضح الفصل محكات التشخيص الحالية وفقا لما وردت في DSM-IV-TR والمستقبلية والتي سترد في الطبعة الخامسة من دليل DSM-V . ويطرق الفصل بشيئ من التفصيل النظريات المتعددة والتي حاولت تفسير الأسباب الغامضة المسببة لهذه الاضطرابات مع محاولته تقديم نظرة شاملة موحدة لتفسير الخصائص المميزة لأفراد هذه الفئة. ويختم الفصل حديثه بتوضيح الكيفية التي يمكن من خلالها تقديم الخدمات الشاملة لطلبة هذه الفئة عبر مراحل عمرهم المختلفة. كما ويختم الفصل حديثه عن هذه الفئة بملخص منظم لأهم ما تم طرحه ومناقشته بصورة مباشرة.

وتتناول الفصول السابع والثامن والتاسع الحديث عن الطلبة ذوي اضطرابات التواصل والطلبة ذوي الاعتلال السمعي والطلبة ذوي الاعتلال البصري وبصورة شمولية توضح نقاط الاختلاف بينها بالانطلاق من نقاط التشابه بينها أيضا. حيث تتناول هذه الفصول الحديث عن الأسس الفسيولوجية للأصوات وآلية السمع والإبصار وأماكن حدوث الاعتلالات وأسبابها المتنوعة. وتنتهي هذه الفصول بتوضيح الآليات التي يجب من خلالها إعداد الخطط التربوية الفردية لطلبة هذه الفئة عبر مراحل عمرهم المختلفة.

أما الفصل العاشر والفصل الحادي عشر فيتناولان الحديث عن فئتان تعتبران معا من أكبر فئات التربية الخاصة ومن أكثرها حاجة لتقديم خدمات شاملة وخاصة تلك المقدمة من التخصصات الأخرى ضمن اطار العمل الفريقي. حيث يتناول الفصل العاشر فئة الاعاقات قليلة الحدوث والمتعددة والشديدة، ويتناول الفصل الحادي عشر فئة الإعاقة الجسمية والصحية. حيث يوضح الفصلان ولى نحو كبير التنوع الذي تتضمنه هاتان الفئتان وأنواع الاضطرابات أو الإصابات أو الاعتلالات التي تندرج تحتهما. ولعل الحديث حول أهم مكونات الخدمات الشاملة المراد تقديمها للطلبة ضمن هاتين الفئتين عبر مراحلهم العمرية المختلفة يشكل النصيب الأعظم من الشرح والتفصيل.

ويتناول الفصل الثاني عشر الحديث عن فئة مختلفة عن الفئات الأخرى ضمن مظلة التربية الخاصة إلا أنها تحتاج الى الخدمات المتخصصة التي تقدمها التربية الخاصة. حيث يتحدث الفصل عن الطلبة ذوي الموهبة والتفوق وخصائصهم السلوكية والمعرفية والأكاديمية التي تميزهم عن غيرهم. كما ويتحدث الفصل عن الأسس النظرية التي يمكن من خلالها تقديم خدمات التسريع والإثراء لهؤلاء الطلبة مع توضيح ايجابيات وتحديات كل منها. وأخيرا يتناول الفصل الحديث عن المشكلات النفسية التي قد يعاني منها طلبة هذه الفئة مع الإشارة الى أهم الاعتبارات التربوية التي يجب تقديمها لهؤلاء الطلبة عبر مراحلهم العمرية المختلفة. كما ويختم الفصل حديثه عن هذه الفئة بملخص منظم لأهم ما تم طرحه ومناقشته بصورة مباشرة.

أما الفصل الثالث عشر الحديث عن أهم الممارسات والتوجهات الحديثة في ميدان التربية الخاصة و المرتبطة بأحسن الآليات التي يمكن من خلالها تلبية احتياجات الطلبة ذوي الحاجات الخاصة على الوجه الأكمل. وبالتفصيل، فإن الفصل يتناول الحديث عن الدمج وأسسه وآليات نجاحه وكيفية تطبيقه وأهم ما ارتبط به من قضايا لازالت خاضعة للجدل. كما ويتحدث الفصل عن حركة الممارسات المستندة إلى نتائج الأبحاث وحركة التقييم في ظل منحى المعايير وأهم القضايا الجدلية المرتبطة بعملية التقييم و التشخيص في التربية الخاصة. كما ويتحدث أيضا وبالتفصيل عن معيار الاستجابة للمعالجة كأحد أهم الإصدارات الحديثة في التربية الخاصة لتلبية الاحتياجات التدريسية للطلبة غير العاديين وكيفية تطبيق مستوياته الثلاث .

وأخيرا يتناول الفصل الرابع عشر الحديث عن أسر الطلبة ذوي الحاجات الخاصة وعن المشكلات والضغوط التي يواجهوها وكيفية التكيف مع هذه الضغوط. كما ويتناول الفصل الحديث

عن الأسرة ككل وخاصة الأخوة والأخوات وكيفية ردود أفعالهم تجاه الإعاقة التي قد تكون موجودة لدى أخيهم أو أختهم. ويختم الفصل الحديث عن أهمية تقديم الدعم الموجه والمخطط له لحماية الأسرة ودعم تكيفها وتقبلها للإعاقة.

إن الهدف من وراء ترجمة هذه الطبعة الجديدة من الكتاب هو تجديد وتحديث المعلومات المرتبطة بميدان التربية الخاصة والفئات التي تندرج ضمن خدماتها عن تلك التي قدمت في الطبعة التي سبقتها لتواكب كل ماهو حديث ومستخلص من نتائج البحوث العلمية وجهود الرواد في هذا الميدان عبر السنوات العديدة والمتعاقبة. إن هذه الترجمة تأتي لتضع بين أيدي المتعلمين والمهتمين النسخة الأحدث من سلسلة هذا الكتاب والمؤلفة من قبل ثلاثة من أهم رواد التربية الخاصة وهم: الدكتور دانيال هالاهان، والدكتور جيمس كوفمان، والدكتورة بايج بولن. كما أن هذه الترجمة قد تمت بفعل التعاون بين عدد من رواد التربية الخاصة وأساتذتها في عالمنا العربي لتجعل من النسخة العربية نسخة لاتقل أهمية عن الأصل الإنجليزي المترجمة عنه.

ولايسعني في الختام إلا أن أتوجه بالشكر لكل من ساهم في ترجمة وتنسيق ومراجعة وتدقيق وطباعة هذه النسخة وخاصة دار الفكر ناشرون وموزعون لتكون لها ديمومة الريادة في ميدان تأليف وترجمة الكتب المتخصصة.

عن المترجمين

د. محمد الجابري

الجامعة الاردنية

مقدمة المؤلفين:

الطلبة ذوي الحاجات الخاصة: مقدمة في التربية الخاصة، الطبعة الثانية عشر.

تُعد هذه الطبعة استكمالا لسابقتها من الطبعات الأخرى لنفس الكتاب والتي تتناول مقدمة عامة لخصائص الطلبة غير العاديين (الاستثنائيين) واعتباراتهم التربوية. إن مصطلح ذوي الحاجات الخاصة (Exceptional) هو المصطلح التقليدي الأكثر شهرة واستخداما للإشارة الى الطلبة ذوي الإعاقة والطلبة ذوي الموهبة والتفوق والذين تخدمهم التربية الخاصة على اختلاف خصائصهم واحتياجاتهم. إن هذا الكتاب يتناول الحديث عن أهم الممارسات الصفية والأسس السيكولوجية والاجتماعية والطبية للطلبة المعوقين والموهوبين على حد السواء.

لقد قمنا بتأليف هذا الكتاب مستهدفين فئتين اثنتين من القراء وهم أولئك الذين يتم إعدادهم ليكونوا معلمين في التربية الخاصة والذين يتم إعدادهم ليكونوا معلمين في التربية العادية. ولعل السبب في استهدفنا لهاتين الفئتين ينبع من التوجه الحديث نحو دمج فئات الطلبة المنتسبين للتربية الخاصة ضمن صفوف المدرسة العادية والتي يتوقع من معلمي هذه الصفوف أن يكونوا قادرين على تدريسهم والتعاون مع معلمي التربية الخاصة حتى يتسنى للجميع تقديم أفضل الخدمات المناسبة لفئات هؤلاء الطلبة. كما أن هذا الكتاب ملائم أيضا للقراءة من قبل المختصين الآخرين والذين لهم علاقة بتقديم الخدمات المتخصصة بمفهومها الشامل لفئة هؤلاء الطلبة من مثل أخصائي النطق واللغة، وأخصائي العلاج الطبيعي والوظيفي والسمعيات والتربية الرياضية (البدنية) المعدلة و المرشدين والمعالجين النفسيين.

إننا نعتقد أن هذا الكتاب سيكون له بالغ الأثر في عقول وقلوب جميع العاملين مع فئات هؤلاء الطلبة وبصورة تزودهم بأساس علمي متين وتولد لديهم اتجاهات إيجابية وصحية نحو عملهم في خدمة فئات الطلبة الذين يعملون معهم. إننا نرى أن العاملين في هذا الميدان لابد لهم وأن يتحدوا أنفسهم لاكتساب المعارف والعلوم وخاصة ما ارتبط منها في فهمهم لأحدث الأسس النظرية، والبحثية، والتطبيقية الموظفة في ميدان التربية الخاصة لتعميق قدرتهم على التعامل مع الطلبة ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم.

الإضافات الجديدة في هذه الطبعة:

كما كان سعينا الدؤوب في الطبعات السابقة، فقد قمنا بتحسين هذه الطبعة وذلك بإضافة موضوعات جديدة تزود القارئ بما هو جديد ومحدث من ممارسات ومعلومات حول ميدان التربية الخاصة. لقد تضمنت فصول الكتاب عددا من الإضافات والتي تمثلت فيما يأتي:

الفصل الأول: لقد تضمن الفصل الإضافات الآتية:

1. تغطية أوسع للجدل بين علاقة البيئة والتربية في ميدان التربية الخاصة.

2. تغطية أوسع لموضوع الأولمبياد الخاص بالمعوقين وعلاقته في تطوير الميدان.
3. تحديدا أشمل لمحتويات قانون IDEA وآليات كتابة الخطط التربوية الفردية ، وأدور المعلمين ومسؤولياتهم.

الفصل الثاني: لقد تضمن الفصل الإضافات الآتية:

1. معلومات دولية حول نسبة انتشار الأطفال ذوي المعدلات المنخفضة للوزن عند الولادة.
2. معلومات حديثة حول برامج الوقاية في الطفولة المبكرة للأطفال ذوي الإعاقات العقلية والنمائية.
3. معلومات حديثة حول برامج الانتقال لمرحلة الرشد لدى الطلبة ذوي الإعاقات العقلية والنمائية.
4. مناقشة أعمق حول مهارات تحديد المصير.
5. مناقشة للقضايا الجدلية المرتبطة بدور المعاقين عقليا ونمائيا كآباء أو والدين.
6. معلومات حول آليات عمليات التوظيف المكيفة والتوظيف الذاتي لدى المعوقين عقليا ونمائيا.

الفصل الثالث: لقد تضمن الفصل الإضافات الآتية:

1. مناقشة معمقة للبحوث المرتبطة بمعيار الاستجابة للمعالجة (RTI).
2. معلومات حديثة عن آليات التصوير الطبقي.
3. مراجعة واسعة لأفضل الاعتبارات التربوية.
4. ملعومات حديثة حول أهم مخرجات التعليم في المرحلة الثانوية.
5. مناقشة الدور المهم لمفهوم ملخص الأداء (SOP) في عملية التخطيط لبرامج الانتقال.

الفصل الرابع: لقد تضمن الفصل الإضافات الآتية:

1. معلومات جديدة حول الأسس التاريخية للبحث في ميدان ADHD وعلاقته ببحوث القرن الثامن عشر.
2. مناقشة لأهم التغييرات التي طرأت على تعريف جميعة أطباء علم النفس الأمريكيين لمحكات تشخيص فئة ADHD.
3. أبحاث جديدة تظهر الدور المهم لنظرية الفاعلية التنفيذية (Executive Functioning).
4. معلومات حديثة حول أهم البدائل العلاجية الطبية والدوائية.
5. معلومات حديثة حول برامج التدخل المبكر.
6. معلومات حديثة حول أعراض ADHD لدى البالغين وأهم المخرجات الخاصة بهم.

الفصل الخامس: لقد تضمن الفصل الإضافات الآتية:

1. مزيدا من الإيضاحات حول المنظور البيئي للاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

2. معلومات إضافية حول مفاهيم درجة الاحتمال الصفرية (Zero Tolerance)، تحليل السلوك الوظيفي، ودعم السلوك الايجابي.
3. مزيدا من المعلومات حول البدائل التربوية المؤقتة.
4. معلومات إضافية حول التحيز في الإحالة ودور التعليم متعدد الثقافات.

الفصل السادس: لقد تضمن الفصل الإضافات الآتية:

1. مناقشة موسعة للتعديلات الواردة في محكات تشخيص اضطرابات طيف التوحد الجديدة.
2. معلومات حديثة حول نسبة الانتشار.
3. معلومات حديثة حول الجدل المرتبط بدور المطاعيم كأحد الأسباب المسببة لاضطرابات طيف التوحد.
4. معلومات حديثة حول الأسس الجينية لاضطرابات طيف التوحد.
5. معلومات حديثة حول أهم الأختبارات التشخيصية الخاصة باضطرابات طيف التوحد.
6. معلومات حديثة حول السلوك الاجتماعي للطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد.
7. مناقشة أعمق لمنحى قياس السلوك الوظيفي و التدخلات السلوكية التربوية الإيجابية.
8. مناقشة لبرامج التدخلات السلوكية المبكرة والمكثفة.
9. معلومات حديثة حول أهم المخرجات في مرحلة البلوغ.

الفصل السابع: لقد تضمن الفصل الإضافات الآتية:

1. معلومات حديثة حول صعوبات القراءة لدى الطلبة ذوي الاضطرابات اللغوية.
2. معلومات بحثية حديثة حول طبيعة التفاعل الاجتماعي للطلبة ذوي اضطرابات التواصل.

الفصل الثامن: لقد تضمن الفصل الإضافات الآتية:

1. معلومات حديثة حول آليات الكشف والتعرف المبكر على الأطفال الرضع وأهم الاختبارات التي يمكن توظيفها مع الأطفال الذين يصعب فحصهم.
2. معلومات حديثة حول التهاب الأذن ومرض تضخم الخلايا الولادي.
3. معلومات حديثة حول تأثير الفقدان السمعي على الأداء الأكاديمي والتحصيلي.
4. معلومات حديثة حول الحركة النضالية لكلية جالوديت.
5. معلومات بحثية حديثة حول أهمية المنحى ثنائي اللغة- ثنائي الثقافة.

الفصل التاسع: لقد تضمن الفصل الإضافات الآتية:

1. معلومات حديثة حول القياس الوظيفي للبصر.
2. معلومات حديثة حول اعتلال الشبكية والتهابات العصب البصري.
3. معلومات حديثة حول آلية استخدام الكلاب المبصرة.

4. معلومات حديثة حول البصر الاصطناعي.

الفصل العاشر: لقد تضمن الفصل الإضافات الآتية:

1. تغطية أوسع لإصابات الدماغ البسيطة (TBI) وخاصة لدى الجنود العائدين من العراق وافغانستان.
2. معلومات حديثة حول أسباب متلازمة CHARGE ومتلازمة USHER ونسبة انتشارها.

الفصل الحادي عشر: لقد تضمن الفصل الإضافات الآتية:

1. معلومات حديثة وموسعة حول مختلف الإعاقات الجسمية والصحية بما في ذلك الخدمات الأولية لحالات الصرع.

الفصل الثاني عشر: لقد تضمن الفصل الإضافات الآتية:

1. معلومات حديثة حول برامج المرحلة الثانوية التي تركز على موضوعات العلوم والتكنولوجيا والهندسة والرياضيات.
2. تغطية أوسع للموهبة والإعاقة.

الفصل الثالث عشر: لقد تضمن الفصل الإضافات الآتية:

1. تغطية أوسع وأشمل لمعيار الاستجابة للمعالجة (RTI).
2. إعادة بناء المحتوى العام للفصل لزيادة التركيز على بعض القضايا المهمة في تحديد وتلبية احتياجات الطلبة ذوي الحاجات الخاصة.
3. تغطية جديدة للأدوار والمسؤوليات المتوقعه من المعلمين العاملين مع الطلبة ذوي الحاجات الخاصة.
4. تجديد وتحديث للنقاش حول أهم ممارسات التقييم في ظل عصر المساءلة والمحاسبة.

الفصل الرابع عشر: لقد تضمن الفصل الإضافات الآتية:

1. الحديث عن الأثر الإيجابي الذي يتركه الوالدان في حياة طفلهم ذي الإعاقة.
2. معلومات حديثة حول تأثير وجود الطفل المعوق في الأسرة الممتدة.
3. معلومات حديثة حول تأثير وجود الطفل المعوق في الأخوة والأخوات.
4. معلومات حديثة حول نتائج الأبحاث المرتبطة بمنحة التدريس المستند إلى الأسرة.
5. معلومات حديثة تظهر أهمية عملية التخطيط للانتقال من مرحلة ماقبل المدرسة إلى مرحلة رياض الأطفال للأطفال المعوقين.

المؤلفين

الفصل 1

الطلبة ذوي الحاجات الخاصة والتربية الخاصة

Exeptionality and Special Education

د. محمد عبد الفتاح [illegible]
قسم الإرشاد والتربية الخاصة
الجامعة الأردنية

لتلك النظرة الجريئة ...
التي تعلو الرمادية ...
وتعلو الأشياء التي
لا يمكن أن تفسر بسهولة ..
وتعلو الأشياء التي
تحدث خطأ ولاديا ...
وتعلو الأشياء التي
أسبابها لايمكن أن تفهم ..
وتعلو الأشياء التي لابد لنا
أن نقبلها ونتعايش معها ...
لذلك، هي تلك النظرة الجريئة
التي تعلو معنى الاختلاف دون أن تجفل ..

ريتشارد هنغرفورد

يتوقع بعد قراءتك لهذا الفصل أن تعرف الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- كيف يمكن لنا أن نفهم الاحتياج الخاص والتربية الخاصة؟
- ما هو التعريف التربوي للطلبة ذوي الحاجات الخاصة؟
- ما هي نسبة انتشار الطلبة ذوي الحاجات الخاصة؟
- ما هو تعريف التربية الخاصة؟
- ما هي الأسس والأصول التاريخية للتربية الخاصة؟
- ما هي التشريعات والقضايا القانونية التي أثرت في التربية الخاصة ؟
- ما هي وجهة نظرنا حول التقدم الحاصل في ميدان التربية الخاصة؟

الاعتقاد الخاطئ: قد تنحو بعض المدارس العامة إلى عدم تقديم الخدمات التربوية للطلبة ذوي الحاجات الخاصة.

الاعتقاد الصحيح: أن التشريعات القانونية المفروضة في الولايات المتحدة الأمريكية تفرض على المدارس ضرورة تقديم خدماتها التربوية وبصورة ملائمة لتلبي احتياجات هؤلاء الطلبة.

الاعتقاد الخاطئ: أن العديد من أسباب الاضطرابات أو الإعاقات معروف الآن، إلا أن معرفة آليات مساعدة هؤلاء الطلبة على تجاوز حدود إعاقاتهم أو تعويضها مازال قليلا.

الاعتقاد الصحيح: بالرغم من التقدم الحاصل في معرفة أسباب الإعاقات، إلا أن ماهو معروف من الأسباب يعد قليلا نسبيا مقارنة بما هو معروف حول الآليات التي يمكن أن تعالج من خلالها تلك الإعاقات.

الاعتقاد الخاطئ: أن الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة شأنهم شأن اي أفراد أخرين!

الاعتقاد الصحيح: بداية، لاوجود لشخصين متشابهين تماما. إن الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة هم أشخاص متفردون شأنهم بذلك شأن غيرهم. في العديد من الحالات فإن مستوى القدرات الموجودة لديهم لاتختلف عنها لدى الأشخاص العاديين. وبالرغم من ذلك فإن الإعاقة خصيصة لايتشارك فيها عموم الناس، وعليه فإن من المهم فهم معنى الإعاقة بحد ذاتها. والنظر إلى الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة في إطار قدراتهم التي قد تتشابه مع ما هو موجود لدى العموم من الناس.

الاعتقاد الخاطئ: العجز (Disability) هو نفسه الإعاقة (Handicap).

الاعتقاد الصحيح: العجز هو عدم المقدرة أو النقص في الكفاءة على فعل شيء ما. أما الإعاقة فهي السلبيات التي تفرض على الفرد. فالعجز قد يؤدي إلى الإعاقة وقد لايؤدي إليها وذلك استنادا إلى الظروف المحيطة. فعلى سبيل المثال. إن العجز عن المشي لا يعتبر إعاقة في تعلم كيفية القراءة، إلا أنه يعد إعاقة في لعب كرة القدم. في بعض الحالات فإن الإعاقة تفرض على الفرد من غير وجود أسباب مقنعة لذلك. فمثلا قد لايستطيع طالب ما الكتابة بالقلم ولكنه في ذات الوقت قادر على الطباعة باستخدام الكمبيوتر وعليه فإن فرض الإعاقة على ذلك الطالب أمر غير ضروري.

المقدمة (Introduction):

تعد دراسة الطلبة ذوي الحاجات الخاصة دراسة لمفهوم الاختلاف في جوهرها، فالطالب ذو الحاجة الخاصة هو ذلك الطالب الذي يختلف عن المتوسط العام بطرق متعددة. وعلى نحو مبسط فإن الطالب ذوي الحاجة الخاصة (Exceptional Learner) هو ذلك الطالب الذي قد يعاني من بعض المشكلات في التفكير، أو الإبصار، أو السمع، أو الكلام، أو الحركة، أو الجانب الاجتماعي. كما

أن هذا المصطلح يشمل الطالب ذا الموهبة الخاصة أيضا. ومن الملاحظ حاليا وجود أكثر من ستة ملايين طالب ينطبق عليهم هذا المصطلح ضمن نطاق المدارس العامة في الولايات الأمريكية المتحدة. كما أن طالبا واحدا من بين كل عشرة طلبة يُعد غير عادي في الولايات المتحدة الأمريكية. وفي حقيقة الامر فإن عددا لابأس به من الطلبة الذين نَعدهم عاديين يعانون من مشكلات مدرسية متفرقة تتطلب دراستها، الأمر الذي يجعل من دراسة مفهوم الاستثناء أمر ملحا وضروريا.

وإذا كانت دراسة هؤلاء الطلبة تعد أساسا دراسة للفروق والاختلاف، فإنها أيضا تعد دراسة لأوجه الشبه حيث إن هؤلاء الطلبة لايختلفون عن المتوسط العام في كل شيء، بل على العكس، فهم يُعدون ضمن المتوسط العام في العديد من الاشياء. ولعل من الحكمة الإشارة إلى أن العديد من المختصين وغير المختصين قديما قد ركزوا في دراستهم - للأسف- على أوجه الاختلاف فقط من غير النظر إلى أوجه الشبه الموجودة بين الطرفين. أما في وقتنا الراهن فإننا نولي مزيدا من الاهتمام إلى ما يبديه الطلبة ذوي الحاجات الخاصة والطلبة العاديون من أوجه شبه في العديد من الخصائص المختلفة والحاجات وأنماط التعلم. ونتيجة لذلك أصبحت دراسة الطلبة ذوي الحاجات الخاصة أو الطلبة ذوي الموهبة والتفوق أكثر تعقيدا وعرضة للعديد من التحديات.

التعرف على الطلبة ذوي الحاجات الخاصة والتربية الخاصة:

Getting Oriented to Exceptional Learners and Special Education

تُعد عملية تعلم فرع من فروع العلم أمرا مبهرا بالنسبة للطلبة العاديين والذين يمتلكون القدرة على ربط وتذكر الحقائق مع بعضها بعضاً. إلا أن الحال ليس كما هو عليه لدى الطلبة ذوي الحاجات الخاصة والذين يطلب منهم تذكر جملة من الحقائق التي تبدو غامضة لهم أو مبهمة . عند الحديث عن الاستثناء (Exceptionality) فإن أسرار الغموض المرتبطة بمعايير فهمنا لسلوك الإنسان الطبيعي وفهمنا للنمو بشكل عام لابد أن تكون مضاعفة. وفي ظل غياب نظرية موحدة حول النمو الإنساني فإن من غير المفاجئ التوصل إلى حقائق بسيطة حول الطلبة ذوي الحاجات الخاصة وبقاء العديد منها عالقة إن لم تكن جدلية (Kauffman, 2008; Kauffman & Hallahan, 2005a, 2011).

الأسباب التي تدعو إلى التفاؤل (Reasons for Optimism):

بالرغم من أن العديد من الباحثين لم يستطيعوا تحديد ماهية الأسباب التي تجعل الطالب ذو حاجة خاصة، إلا أن التقدم في فهم ماهية أسباب الإعاقات مازال تدريجيا حتى وقتنا الحالي. ففي الفصل الخامس مثلا سيتم مناقشة العوامل السببية لمتلازمة داون (**Down Syndrome**) وهي تلك الحالة التي تجعل العديد من الأطفال يصنفون ضمن الفئة المتوسطة للإعاقات العقلية والنمائية (والتي كانت تعرف سابقا بالإعاقة العلقية، إلا أنها تعرف الآن باسم الإعاقات العقلية - ID - Intellectual Disabilities- أو الإعاقات العقلية والنمائية - Intellectual and Developmental Disabilities IDD). وشبيها بذلك فهمنا للأسباب المؤدية إلى الإصابة بالتهاب الشبكية الناجم عن الخداج (**Retinopathy of prematurity**) والتي كانت تُعد من أكثر الأسباب المحدثة للإعاقة البصرية، فقد تم الآن الحد منها وذلك بفضل التقدم الواسع في فهم الأسباب المسببة لحدوث مثل هذه الحالة.

ومثال آخر يتمثل في قدرتنا على الوقاية من حدوث الاضطراب الأيضي المعروف باسم الفينيل كيتونوريا (Phenylketonuria-PKU) والذي يُعد من الأسباب التي تجعل الأطفال يصنفون ضمن فئة الاعاقات العقلية النمائية. فقد أصبح من الممكن الآن فحص الأطفال للتعرف إلى هذه الحالة مباشرة بعد ولادتهم لوقايتهم من حدوث الاضطراب لديهم. وحديثا فقد تم التعرف إلى الجين المسبب لحالة التكيس (التليف) الحويصلي (**Cystic Fibrosis**) وهو حالة مرضية وراثية تتمثل في حدوث مشكلات تنفسية وهضمية مزمنة. كما أن التقدم في تطوير علاجات دوائية يمكن أن تساعد على علاج مرض ضمور العضلات (**Muscular dystrophy**) والذي يُعد مرضا وراثيا آخر يتميز بحدوث ضمور تدريجي متوالي في العضلات (Welch et al.,2007).

وتجدر الإشارة هنا إلى أن تقدما بالغا يحدث الآن (أو قد يحدث في المستقبل) في فهم الجينات المسببة للعديد من الاضطرابات أو المتلازمات الأمر الذي سيدعم تطوير وتحسين طرق العلاج أو العلاج الجيني في سبيل منع أو تصحيح العديد من حالات الإعاقة المختلفة. إن التقدم العلمي كما تشير العديد من نتائج الأبحاث العلمية تمكن الأطباء الآن من إجراء تدخلات جراحية في سبيل تصحيح العديد من العيوب التي يتم تحديدها لدى الجنين أثناء مرحلة الحمل. كما أن هذه الاجراءات العلاجية تمكن الاطباء أيضا من تجنب حدوث بعض حالات الإعاقات لدى الأجنة من مثل حالة استسقاء الدماغ (**Hydrocephalus**) والتي هي حالة تتجمع فيها السوائل حول الدماغ تدريجيا والتي قد تعرض الجنين إلى الإصابة بالاضطرابات العقلية أو الجسمية إذا لم يتم التعامل معها وتصحيحها.

إن البحوث والدراسات العلمية الآن وقبل مرور وقت طويل ستتمكننا من إجراء تدخلات علاجية من مثل زرع الأعضاء الجديدة من أنسجة لأشخاص آخرين أو من خلال الخلايا الجذعية الأمر الذي سيسمح باستبدال أية أعضاء داخلية مختلة وظيفيا مثل الرئة أو البنكرياس أو غيرها الأمر الذي يسمح بتجنب حدوث حالات مختلفة من الإعاقات الجسمية والصحية أو غيرها. كما أن للتقدم التكنولوجي دور بالغ الأثر في تنفيذ إجراءات وقائية تمكننا من الحد من ظهور العديد من حالات الإعاقات (Kauffamn & Hallahan, 2009).

بالإضافة إلى ما سبق، فإن التقدم مازال مستمرا في فهم طبيعة الطرق التي تؤثر من خلالها جملة العوامل السيكولوجية والاجتماعية والبيئية التربوية في القدرة على التعلم. فعلى سبيل المثال، فإن متخصصي التربية الخاصة، وعلماء النفس، وأطباء الأطفال أصبحوا قادرين على تحديد الظروف البيئية التي تزيد من احتمالية تعرض الأطفال للمشكلات التعلمية

والسلوكية (Bolger & Patterson, 2001; Hallahan, Lloyd, Kaufffman, Weiss, & Martinez, 2005; Hart & Risley, 1995; Kauffman & Landrum, 2009; Walker & Sprague, 2007). وبالمقارنة مع التقدم التدريجي لفهمنا للأسباب، فإن فهمنا للآلية التي يمكن من خلالها تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة وإدارة سلوكهم داخل الغرف الصفية قد أصبح مكتملا مقارنة بما كان عليه مسبقا (Hallahan et el., 2005; Heward, 2003; Kauffman & Hallahan, 2011; Lloyd, Forness, & Kavale, 1998; Sticher, Conroy, & Kauffman, 2008).

أهمية القدرات (The Importance of Abilities):

يمتلك العديد من الطلبة ذوي الحاجات الخاصة قدرات تبدو غير مدركة بفعل التأثير الذي تتركه الإعاقة في الفرد وذلك بلفت الانتباه نحو مافقده الفرد من قدرات بدلا من التركيز على القدرات المتبقية لديه أو الأشياء التي يمكنه فعلها. لابد لنا من دراسة عدم القدرة لدى الأطفال والشباب ذوي الحاجات الخاصة حتى نستطيع مساعدتهم على توظيف قدراتهم في المدرسة إلى أقصى درجة ممكنة. إن بعض الطلبة ذوي الحاجات الخاصة يمتلكون اضطرابات غير ظاهرة للعيان ولكنهم يحتاجون إلى برامج خاصة وخدمات مساندة تمكنهم من تحقيق حياة سعيدة وبناءة ومنتجة. وهنا لا بد لنا من التركيز على مايمتلكة هؤلاء الطلبة من قدرات لا على ما يمتلكونه من عدم مقدرة.

العجز مقابل الإعاقة (Disability Versus Handicap):

لابد لنا بداية من التفريق بين العجز (Disability) والإعاقة (Handicap). يعرف العجز بأنه عدم القدرة على القيام بشيء أو زوال القدرة عن الأداء على نحو محدد (يعرف أيضا بالاعتلال- Impairment). تعرف الإعاقة بأنها محدد يفرض على الفرد. وعليه فإن العجز قد يؤدي إلى الإعاقة أو قد لايؤدي لها وذلك بالاستناد إلى جملة الظروف التي تحيط بالفرد. ومماثلا فإن الإعاقة قد تحدث أو قد لاتحدث بسبب العجز. فعلى سبيل المثال، كف البصر (العمى) قد يكون عجزا بطرق مختلفة إلا أنه لا يكون إعاقة في الظلام. ففي حقيقة الأمر فإن المبصرين هم من يكون لديهم إعاقة في الظلام. ومثال آخر فإن الحاجة لاستخدام الكرسي المتحرك قد تكون إعاقة مفروضة على الفرد لابفعل استخدام الكرسي أو العجز في القدرة الحركية، بل بسبب عدد من الظروف البيئية (من مثل تصميم البناء أو اتجاهات الناس). وبصورة أوسع فإن مفهوم الإعاقة قد يفرض على الأفراد من قبل أناس آخرين بفعل عدد من الصورة النمطية أو قلة الفرص وذلك لكونهم يختلفون عنهم في اللون أو الحجم أو المظهر أو اللغة أو غيرها من اوجه الاختلاف. ولعل من المهم أن نفصل دائما مابين العجز والإعاقة وأن نسعى إلى تغيير الظروف التي قد تحول العجز إلى إعاقة قدر المستطاع.

العجز مقابل عدم القدرة (Disability Versus Inability):

تعرف جميع أنواع العجز بأنها عدم القدرة على تأدية شيئ ما، ولكن عدم المقدرة (Inability) على تأدية شيئ ما لايعرف بالضرورة على أنه عجز. وعليه فإن العجز يُعد جزءًا من عدم المقدرة. وبناء

على ذلك فإن العجز يعرف بأنه عدم المقدرة على تأدية ما يفعله عموم الناس. فعلى سبيل المثال، لنأخذ العلاقة بين العمر الزمني والقدرة على تأدية فعل ما. فالأطفال الذين يبلغون من العمر 6 أشهر لا يمتلكون القدرة على التحدث أو المشي وهذا لا يُعد عجزا وإنما يُعد عدم مقدرة بفعل محدد العمر والنمو، ولكن اذا استمرت عدم القدرة على التحدث أوالمشي في مراحل عمرية لاحقة فإننا هنا نتحدث عن عجز وليس عدم مقدرة لأننا نكون بذلك قد تجاوزنا محدد العمر الزمني والنمو. ومثال آخر، من غير المتوقع لشخص يبلغ من العمر 70 عاما أن يركض ما يقارب 16 كم بفعل محددات عمره ولكن المتوقع لمثل هذا العمر أن يكون الشخص قادرا على المشي. وهنا فإن عدم القدرة على الركض لا يُعد عجزا ولكن عدم القدرة على المشي يُعد عجزا.

التعريف التربوي للطلبة ذوي الحاجات الخاصة:

Educational Definition of Exceptional Learners

من الناحية التربوية فإن الطلبة ذوي الحاجات الخاصة هم أولئك الطلبة الذين يحتاجون إلى خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة حتى يستطيعوا توظيف طاقاتهم الإنسانية إلى أقصى درجة ممكنة (Hallahan & Kauffman, 2005a). إن هؤلاء الطلبة يحتاجون للتربية الخاصة لكونهم يختلفون وعلى نحو ملحوظ عن معظم الطلبة في واحدة أو أكثر مما يأتي: الاعاقات العقلية والنمائية (Intellectual Developmental Disabilities)، صعوبات التعلم أو عجز الانتباه (Learning or Attention Disabilities)، الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية (Emotional or Behavioral Disorders)، العجز الجسدي (Physical Disabilities)، اضطرابات التواصل (Disorders of Communication)، التوحد (Autism)، الإصابات الدماغية (Traumatic Brain Injury)، الاعتلال السمعي (Impaired Hearing)، الاعتلال البصري (Impaired Sights)، الموهبة والتفوق (Special Gifts or Talents). سيتم العمل على توضيح كل هذه الحالات في الفصول اللاحقة.

لابد من الإشارة هنا إلى أن هذا المفهوم لابد أن يدرك في ضوء أمرين اثنين: (1) التنوع الكبير في الخصائص المميزة لكل حالة ، (2) تحديد مدى الحاجة للتربية الخاصة. إن التنوع في الخصائص منوط بحالة الاختلاف عن العموم من بين الحالات آنفة الذكر، أما التنوع في الحاجة للتربية الخاصة فهي منوطة بطبيعة الظروف التربوية المحيطة بالفرد الاستثنائي. وفي هذا السياق فإن الاحتياجات التربوية لهؤلاء الطلبة تتطلب نوعا محددا من التدريس يختلف عن ماهو موجود لدى عموم الطلبة الآخرين (Kaufmman & Hallahan, 2005a; Kauffman & Konold, 2007; Stichter et al., 2008).

ويبدو من الملاحظ في معظم الحالات أن تعريف العجز وتحديد آثاره على الفرد وأسرته والمجتمع ككل أمرا معقدا (Kauffman & Brigham, 2009). في حالات أخرى فإن العجز يكون معرفا لأن خدمات التربية الخاصة لاتكون محددة أو متوافرة. وبالرغم من أن خدمات الكشف المبكر والتدخل المبكر تلعب دورا وقائيا مهماً في الحيلولة دون ازدياد حالة العجز سوءا، إلا أنه من المؤسف أن

العديد من هذه الاجراءات غير مطبق أو مفعل عمليا (Kauffman, 1999b, 2005; Kauffman & Brigham, 2009; Stichter et al., 2008).

ولسوء الحظ فإن خدمات التربية الخاصة لاتقدم في معظم الحالات بالأسلوب الصحيح ، ولكن في الحالات التي يمكن أن تقدم فيها بطريقة صحيحة، فإن على المختصين أن يحددوا طبيعة العجز لدى الطالب مبكرا قدر المستطاع وأن يتم تزويد الطالب بخدمات التربية الخاصة في أقل البيئات التربوية تقييدا مع ضرورة التركيز على تضمين الوالدين في كافة القرارات التي يتم اتخاذها بحق الطالب لتحقيق الهدف الأسمى من التربية الخاصة وهو تحسين الأداء والسلوك.

إن الطلبة ذوي الحاجات الخاصة يَعدون مجموعة متنوعة وغير متجانسة بالمقارنة مع الطلبة العاديين، ولعل عدم التجانس يصعب من امكانية تعميم بعض الاستنتاجات عليهم جميعا. إن عدم التجانس قد يبدو في تنوع طبيعة العجز الذي قد يكون في أحد القدرات الحسية أو الجسمية أو العقلية أو الانفعالية أو التواصلية أو قد يكون شاملا لأكثر من جانب من جوانب تلك القدرات. كما أن عدم التجانس يبدو في تنوع العجز من حيث الأسباب أو مستوى الشدة أو طبيعة الأثر في القدرة على التعلم. كما أن عدم التجانس مرتبط أيضا بالجنس والعمر وظروف الحياة.

إن احالة الطالب لتلقي خدمات التربية الخاصة لابد أن تبنى على نتائج التقييم الدقيق التي تظهر عدم مقدرته على الاستفادة من البرامج المدرسية العادية من غير تقديم خدمات تربوية مصممة خصيصا لتلبية احتياجاته التلعليمية الخاصة (Huefner, 2006). ان التعريفات الفدرالية القانونية لفئات التربية الخاصة تتضمن توضيحا للعديد من الحالات (مثل صعوبات التعلم، التوحد، الاعتلال السمعي) التي يمكن أن تمهد الطريق لتلقي خدمات التربية الخاصة. إن هذه القوانين والتعليمات تفرض على المدارس تقديم خدمات التربية الخاصة للطلبة الذين تفرض حالاتهم تلقي مثل هذه الخدمات لكون التربية العادية لاتلبي احتياجاتهم، إلا أن هذه القوانين تنظم في ذات الوقت عملية اتخاذ القرارات في تلقي هذه الخدمات، فالعجز لايؤدي بالضرورة إلى تلقي خدمات التربية الخاصة.

نسبة انتشار الطلبة غير العاديين (Prevalence of Exceptional Learners):

تعرف نسبة الانتشار بأنها نسبة أو عدد الأفراد الذين يعانون من إعاقة ما. فعلى سبيل المثال، فإن نسبة انتشار الاعاقات العقلية النمائية تقدر بحوالي 2.3% والذي يعني أن ما نسبته 23 فردا من بين كل 1000 فرد قد يعاني من هذا الاضطراب. ومثال آخر، إن كانت نسبة انتشار الموهبة والتفوق تقدر بأنها ما بين 3% و5% ، فإن ذلك يعني أن ما بين 30 إلى 50 فردا من بين كل 1000 فرد في مجتمع ما سيكون موهوبا. إن امكانية تقدير نسبة الانتشار تعتمد على القدرة على تحديد عدد الأفراد ذوي الإعاقات في مجتمع ما.

إن القدرة على تحديد عدد الافراد ذوي الحاجات الخاصة في مجتمع ما ليست بالعلمية السهلة. ولعل الصعوبة تعود إلى جملة من العوامل تتضمن غموض تعريفات فئات الإعاقة، والتغييرات المتكررة والمستمرة على هذه التعريفات، والمعايير المستخدمة في تحديد مفهوم الحاجات الخاصة (سيتم مناقشة هذه العوامل لاحقا).

إن التقديرات الحكومية في الولايات المتحدة الأمريكية تظهر أن 10 طلبة من بين كل 100 طالب قد تلقوا خدمات التربية الخاصة في القرن الحادي والعشرين (U.S Departemnt of Education, 2008). في بداية منتصف السبعينات كان عدد الطلبة المستفيدين من خدمات التربية الخاصة ما يقارب 3.75 مليون وقد أخذ هذا الرقم بالازدياد تدريجيا حتى وصل إلى 6 مليون طالب في بدايات القرن الحادي والعشرين. إن النسبة الأعظم من هؤلاء الطلبة تراوحت أعمارهم ما بين 6 و17 عاما. وبالرغم من أن الطلبة الذين تتراوح أعمارهم ما بين 18 و21 عاما أيضا يتم التعرف إليهم على أنهم ذوو حاجات خاصة، إلا أن النسبة الأعظم ممن يتلقون خدمات التربية الخاصة هم من الطلبة الذين أعمارهم ضمن 6 إلى 17 عاما.

ومن الجدير ذكره أن نسبة الطلبة ضمن فئة ما من فئات التربية الخاصة قد تغيرت أيضا تدريجيا. فعلى سبيل المثال عدد الطلبة الذين يعانون من صعوبات التعلم قد تضاعف منذ أواسط السبعينات إلى درجة أنهم أصبحوا يمثلون الآن نصف عدد الطلبة الذين يتلقون خدمات التربية الخاصة في الولايات المتحدة الأمريكية. وعلى النقيض من ذلك، فإن عدد الطلبة الذين يعانون من اضطرابات اللغة والتواصل قد انخفض وعلى نحو ملحوظ (إلا أنه عاد إلى الزيادة مرة أخرى) شأنه شأن الطلبة الذين يعانون من الاعاقات العقلية والنمائية (الإعاقة العقلية) عما كان عليه في عام 1976. ومع ذلك فلايوجد تفسير منطقي يوضح الأسباب لمثل هذه التغيرات في الأعداد، إلا أن البعض ذهب إلى الإشارة إلى أنها تعكس جزئيا تغيرا في التعريفات والمحكات التشخيصية والقبول الاجتماعي للتسميات (مثل مصطلح صعوبات التعلم) المختلفة. سيتم مناقشة نسب الانتشار لكل فئة من فئات التربية الخاصة في فصول لاحقة.

الفئات عالية الانتشار والفئات قليلة الانتشار:

(High-incidence and low-Incidence Categories)

عادة ما تصنف فئات التربية الخاصة وفقا لتكرار حدوثها. فبعض هذه الفئات يحدث بتكرار عالي أكثر من غيرها وتعرف بأنها "الفئات عالية الانتشار High-Incidence Disabilities" ومن أمثلتها فئات صعوبات التعلم واضطرابات التواصل (اضطرابات النطق واللغة) والاضطرابات الانفعالية والإعاقات العقلية والنمائية البسيطة (الإعاقة العقلية البسيطة) (Sticher et al., 2008). وبالمقابل فإن فئات أخرى تكون قليلة الحدوث أو نادرة مقارنة بغيرها وتعرف بأنها "الفئات قليلة الانتشار Low-Incidence Disabilities" من مثل فئات ضعف البصر وكف البصر، والصم، والصم المكفوفين، والاضطرابات العقلية النمائية الشديدة (الإعاقة العقلية الشديدة).

وبالرغم من أن نسبة الانتشار للفئات عالية الحدوث قد بقيت ثابتة في بدايات القرن21، إلا أن نسب الانتشار للفئات قليلة الحدوث قد ازداد وعلى نحو متوالي. فعلى سبيل المثال فقد ازدادت أعداد الطلبة ذوي اضطراب التوحد أو اضطرابات طيف التوحد منذ بداية عام 1995 (سيتم مناقشة ذلك في الفصل السادس). ومثال آخر يبدو في الزيادة في أعداد المصابين بالإصابات الدماغية (Traumatic Brain Injury-TBI) والاعتلالات العظمية (Orthopedic Impairments).

إن الزيادة في معدلات حدوث التوحد قد يكون ناجماً عن التحسن في آليات التعرف إلى هذا الاضطراب وخاصة الأنواع البسيطة منه (وليس لكونه وباء) (National Research Council, 2001)، كما أن الزيادة في الإصابات الدماغية (TBI) قد تعكس تحسنا في آليات التشخيص أو قد تعرض زيادة إصابات الدماغ كما سيتم مناقشتها لاحقا في الفصل 13. أما فيما يرتبط بزيادة أعداد الذين يعانون من الاعتلالات العظمية فقد يكون ناجماً عن زيادة تعرض الأطفال للحوادث أو زيادة معدلات نجاة الرضع الذين يولدون ولديهم عيوب جسمية. وأخيرا فإن زيادة معدلات الاعتلالات السمعية والبصرية قد تكون ناجمة عن التحسن في آليات التعرف إليهم أيضا.

تعريف التربية الخاصة (Definition of Special Education):

تعرف التربية الخاصة بأنها تصميم تدريسي خاص لتلبية الاحتياجات غير العادية للطلبة ذوي الحاجات الخاصة (Huefner, 2006). إن هذا التصميم الخاص يتطلب توظيف أدوات وأساليب تعليم ومواد وتجهيزات خاصة. فعلى سبيل المثال، قد تتطلب فئة الاعتلال البصري توظيف أدوات قراءة خاصة مصممة بلغة برايل أو مطبوعة بأحرف كبيرة، كما أن فئة الإعاقة السمعية قد تتطلب توظيف معينات سمعية أو تدريسا باستخدام لغة الإشارة. كما أن الإعاقات الجسمية قد تتطلب استخدام معدات خاصة، وفئة الاضطرابات الانفعالية قد تتطلب صفوفا صغيرة ذات تنظيم عالي، وأخيرا فقد تتطلب فئة الموهبة والتفوق تدريسا على أيدي مختصين بارعين. وفي ذات الوقت فإن الخدمات المساندة (Related services) مثل توافر وسائل تنقل خاصة، والتقييم النفسي، والعلاج الطبيعي

والوظيفي، والتدخلات العلاجية، والإرشاد النفسي أمر بالغ الأهمية حتى تتمكن خدمات التربية الخاصة من تحقيق أهدافها بفاعلية والتي تتمثل في التركيزعلى القدرات الموجودة لدى هؤلاء الطلبة وتحسينها إلى أقصى حد ممكن لتجاوز حدود الإعاقة.

إن التربية العادية لايمكن لها أن تكون بديلا للتربية الخاصة بأي حال. فالتربية الخاصة هي تدريس مصمم بدقة يتضمن ضبطا لسرعة ومعدل وصرامة وتنظيم التدريس، وآليات التعزيز، ونسبة المعلمين للطلبة، ومحتوى المنهاج، وآليات التقييم والمتابعة المستمرة لأداء الطلبة (Kauffman & Hallahan, 2005a; Kauffman & Landrum, 2007). إننا نؤمن بضرورة تعديل وتحسين التربية العامة لتلبي احتياجات هؤلاء الطلبة وفقا لما تسنه التشريعات الحديثه، إلا أن ذلك الإيمان لايمكنه أن يقودنا نحو الاعتقاد بضرورة استبدال التربية الخاصة وخاصة لحالات الطلبة من ذوي الإعاقات الشديدة (Kauffamn & Hallahan, 2005a; Kauffman & Konold, 2007; Kauffman & Wiley, 2004; Zigmond, 2007; Zigmond & Kloo, 2011; Zigmond, Kloo, & Volonino, 2009).

الأصول التاريخية للتربية الخاصة (History and Origins of Special Education):

لقد وجد الطلبة ذوو الحاجات الخاصة منذ القدم، إلا أن التربية الخاصة لم تكن متزامنة مع ذلك (Holmes, 2004; Metzler, 2006). في خواتيم القرن الثامن عشر وعقب الثورتين الأمريكية والفرنسية، ابتكرت أساليب خاصة لتعليم الأطفال ذوي الاعتلالات الحسية (السمعية والبصرية) (Winzer, 1993). وفي مطلع القرن التاسع عشر بدأت أول محاولات منتظمة لتعليم الأطفال الحمقى (Idiotic) والمجانين (Insane) والذين يعرفون اليوم بأنهم الأطفال ذوو الاعاقات العقلية والأطفال ذوو الاضطرابات السلوكية والانفعالية (Kauffman & Landrum, 2006; Stichter et al., 2008).

وفي بدايات عصرالثورة والحروب، فإن أفضل ما تم تقديمه للأشخاص المعوقين كان الخدمات الوقائية لمساعدتهم على النجاة من كوارث هذه الأحداث. ولعل للدعوات التي اجتاحت أمريكا وفرنسا والتي دعت إلى تطبيق الديموقراطية واحترام كرامة الإنسان وصون حقوقه أثر بالغ في تقدم خدمات التربية الخاصة. وفي ضوء ذلك بدأ العديد من المصلحين السياسيين والقادة في ميدان الطب والتربية بالدعوى نحو مزيد من الاهتمام برعاية هؤلاء الاشخاص وتعليمهم مهارات تمكنهم من الاستقلالية والإنجاز كمواطنين صالحين.

وعلى النقيض من ذلك، فإن تطبيق الوسائل التربوية مع الأشخاص المعوقين يرجع بداية إلى القرن الثامن عشر. ولعل العديد من رواد التربية الخاصة ينادون بضرورة الالتفات إلى البدايات الأولى والاستفادة من الأخطاء السابقة لمحاولة تجنبها وإيجاد حلول بديلة لها في وقتنا الحاضر. فالحقيقة أن العديد من القضايا الجدلية التي يتم الحوار حولها الآن تمتد جذورها في بدايات تقديم خدمات التربية الخاصة (Gerber, 2011; Kauffman, 1999a; Kauffman & Landrum, 2006). وفي هذا السياق فسيتم مناقشة بعض أهم الأحداث التاريخية والرئيسة منذ بدايات 1800 والتي تتضمن مناقشة لدور بعض الأفراد وأفكارهم، مناقشة النمو التدريجي للميدان، ومناقشة دور جمعيات أولياء الأمور والمختصين، وأخيرا دور التشريعات والقوانين.

الأفراد والأفكار (People and Ideas):

من الجدير ذكره أن معظم الأفراد الذين بدأت التربية الخاصة على أيديهم كانوا في الأصل أطباء أوروبيين من الشباب الطموح الذين تحدوا ما كان سائدا في وقتهم من قبل حكوماتهم وأصدقائهم ومرشديهم (Kanner, 1964; Kauffman & Landrum, 2006; Sticher et al., 2008). يرجع العديد من المؤرخين بدايات التربية الخاصة التي نعرفها الآن إلى الطبيب الفرنسي جان- مارك- جاسبارد ايتارد (Jean-Mark- Gsard Itard- 1775-1838) والذي كان حجة في أمراض الأذن وتعليم الأطفال الصم في ذلك الوقت. ففي بداية القرن 19 بدأ ايتارد جهودا مضنية في تعليم طفل (فكتور-Victor) يبلغ من العمر 12 عاما وجد هائما وعاري في احدى غابات فرنسا. وفي خضم ذلك فقد تحدى ايتارد مرشده الطبيب الفرنسي المعروف فيليب بينل (Philippe Panel) والذي كان مشهورا في دفاعه عن الافراد الحمقى ولفت النظر إلى ضرورة تعليمهم وصون كرامتهم بأن جهوده لن تثمر بسبب شدة "الحمق أو البله" الموجود لدى ذلك الطفل. إلا أن ايتارد استمر في محاولاته متسلحا بالصبر وبتطبيق اجراءات تعليمية منتظمة أدت إلى تحسين سلوك فيكتور وليس إلى انهاء عجزه أو اضطرابه. ولاحقا، فقد هاجر أحد تلاميذ ايتارد وهو ادوارد سيجوين (Edward Seguin) إلى الولايات المتحدة الامريكية في عام 1948 وأصبح عالما تربويا مشهورا في ميدان تعليم الأطفال الحمقى أو البلهاء والذي تحدى بأفكاره آراء العلماء في ذلك الوقت واللذين كانوا لايؤمنون بفائدة تعليم هؤلاء الأطفال أي شيئ ذي معنى.

ومن الجدير بالذكر فإن الأفكار الثورية الجديدة التي طرحها ايتارد وسيجوين وخلفاؤهم قد شكلت الأسس التي بنيت عليها التربية الخاصة التي نعرفها الآن. إن هذه الأفكار تضمنت:

1. التعليم الفردي (Individualized In-struction): والذي يقوم على مبدأ أن الخصائص الفردية للأطفال هي من تحدد محتوى المنهج المراد تعليمه وأساليب التدريس التي يجب اتباعها بدلا من توظيف منهج محدد مسبقا معهم.
2. التسلسل المنظم والمتتابع للمهمات الأكاديمية (A carefully sequenced series of educational tasks): والتي تبدأ بتدريس المهمات البسيطة أولا ومن ثم الانتقال التدريجي نحو المهمات الأكثر تعقيدا.

3. التركيز على إثارة وإيقاظ حواس الطفل (Emphasis on stimulation and awakening of the child's senses): والتي تجعل الطفل أكثر وعيا واستجابة للمثيرات الأكاديمية.

4. التنظيم الدقيق لبيئة الطفل (Meticulous arrangement of the child's environment): حيث إن تنظيم البيئة والخبرة التي يجنيها الطفل من تلك البيئة سوف تؤدي إلى حدوث التعلم لديه بصورة طبيعية.

5. التعزيز الفوري للأداء الصحيح (Immediate reinforcement for correct performance): والذي يتم من خلاله تزويد الطفل بالتعزيز نتيجة تأديته للسلوكات المرغوب فيها.

6. تعليم المهارات الوظيفية (Tutoring in functional skills): والتي تعمل على زياة كفاءة الطفل الذاتية وانتاجيته في أنشطته اليومية.

7. الايمان بضرورة تعليم كل طفل إلى أقصى درجة ممكنة (Belief that every child should be educated to the greatest extent possible): وذلك لأن كل طفل بغض النظر عن قدراته يستطيع التحسن إلى درجة ما.

وحتى الآن فإننا لم نذكر سوى ما قدمه الرواد الأوروبيون فقط لميدان التربية الخاصة. ومن الجدير ذكره أن الباحثين الامريكين قد أسهموا أيضا خلال هذه الفترات الأولى في دعم وتطوير جهود زملائهم الأوروبيين، فقد آثر العديد منهم السفر إلى أوروبا لتلقي العلم والخبرة فيما يرتبط بتعليم الأطفال المعوقين. ويُعد صامويل جريدلي هاو (Samuel Gridley Howe-1801-1876) وهو من خريجي كلية الطب في جامعة هارفرد سنة 1824 من المفكرين الامريكيين الأوائل الذين اهتموا بتعليم الأطفال المعوقين. لقد كان هاو مصلحا سياسيا واجتماعيا إضافة لكونه طبيبا وتربويا في الأساس. فقد أسهم هاو في انشاء أول مدرسة لتعليم المكفوفين (وهي مدرسة بيركنز للمكفوفين) في ولاية ماساشيوستس الأمريكية، كما أنه كان معلما للأطفال الصم المكفوفين، وقد عُدَّ نجاحه في تعليم لورا بريدمان والتي كانت صماء كفيفة بالغ الأثر في تعليم هيلين كلير لاحقا. وأخيرا فقد كان هاو المحرك الأساسي لتأسيس أول مدرسة تجريبية لتعليم الأطفال المعوقين عقليا.

في ذات الوقت فقد حاول توماس جالوديت (Thomas Gallaudet) والذي كان راهبا وطالبا في معهد اندوفر اللاهوتي تدريس طفلة صماء وذلك بفضل الأساليب التي تعلمها من جراء سفره إلى أوروبا. وأثمرت جهوده في إنشاء أول مدرسة داخلية أمريكية للصم عام 1817 والتي تعرف اليوم باسم المدرسة الأمريكية للصم في مدينة هاتفورد في ولاية كونكتيت الامريكية. ولعل جامعة جالوديت في العاصمة الأمريكية واشنطن والتي سميت تيمنا باسمه أول جامعة تعلم العلوم الإنسانية للطلبة الصم.

لقد كانت السنوات الأولى من عمر التربية الخاصة سنوات مليئة بالعديد من الأفكار الجريئة والجديدة. وبناء على ذلك فقد يبدو من الصعب أن نقرأ أفكار ايتارد وسيجوين وهاو دون ان ننجذب للرومانسية والمثالية والاثارة التي تتضمنها. إن ميدان التربية الخاصة سيبقى ميدانا خصبا للعديد من الافكار الجدلية والمثيرة والمثالية، ولذلك فإن على المعلمين على نحو عام ومعلمي التربية الخاصة

على نحو خاص أن يفهموا كيف ولماذا ظهرت التربية الخاصة كأحد فروع العلم المنظمة والمحددة.

ولعل من أهم القضايا الجدلية في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة هي فهم الدرجة التي يمكن للوراثة والبيئة أن تسهم من خلالها في تحديد ما سيصبح عليه هؤلاء الأطفال. ويبقى السؤال المهم هنا حول ماهية العوامل سواء كانت البيولوجية منها مثل المحددات الجسمية أم البيئية مثل توافر الفرص والتشجيع والتعلم والتي يمكن لنا أن ننسب اليها فهمنا لذلك التطور. إن هذا التساؤل ظهر جليا في إنجازات ايتارد عدّ قضية جدلية حى وقتنا الحاضر.

الاندماج، ومعاداة الإيواء، والدمج (Normalization, Deinstitutionalization, and Inclusion):

إن من أهم الأفكار الرئيسة في التربية الخاصة المعاصرة في القرن الحادي والعشرين مفهوم الاندماج والذي يعني الوسائل الملائمة ثقافيا والتي يمكن من خلالها تدعيم و/أو المحافظة على السلوكات والخصائص الانسانية ملائمة ثقافيا ضمن إطار المعايير العادية المتبعة في المجتمع (Wolfensberger, 1972). من خلال الاندماج يستطيع المجتمع كسر الحواجز التي تحد من مشاركة الأشخاص المعوقين في أنشطة الحياة العادية. إن لهذا المفهوم دورا بالغ الأثر في تجديد الأفكار في التربية الخاصة والتي تدعو إلى إغلاق المؤسسات الخاصة بالمعوقين وفتح أبواب دمجهم في المدارس والصفوف العادية. إن هذا المفهوم لازال مطروحا كأحد أهم أهداف التربية الخاصة عندالحديث عن الإعاقة. فعلى سبيل المثال، كاثي كوونز (Kathy Koons) طفلة تبلغ من العمر 14 عاما تعاني من الإعاقة الجسمية وانخفاض بسيط في معدل ذكائها يمكن له أن يؤهلها للعيش باستقلالية في المجتمع. تكمن أهداف الاندماج لدى كاثي في الحصول على علاقات صداقة عادية مع الآخرين، والحصول على وظيفة عادية مثل الآخرين، والعيش على نحو عادي في المجتمع.

إن إزالة المعيقات والحواجز التي تحول دون مشاركة الأفراد المعوقين في الأنشطة جنبا إلى جنب مع الأفراد غير المعوقين كان من أهم الأفكار الأساسية التي دعت إلى ظهور حركة "معاداة الإيواء Deinstitutionalization" في أواخر القرن العشرين. لقد كان سائدا ولحقبة زمنية طويلة مبدأ إيواء الأفراد المعوقين عقليا والأفراد ذوي الأمراض العقلية في مؤسسات خاصة معزولة للإقامة الداخلية. وفي الستينات والسبعينات من هذا القرن بدأت الدعوات نحو ضرورة إخراجهم من هذه المؤسسات المعزولة وإعادتهم إلى المجتمع مرة أخرى. وعليه فقد بدأ هؤلاء الأفراد بالعيش مع أسرهم ضمن مجتمعهم مما أدى إلى إغلاق العديد من تلك المؤسسات. أما الآن فإن عددا قليلا من مؤسسات الإقامة الداخلية (الإيواء) المعزولة موجودة هنا وهناك. ولكن المؤسف الآن أن جهودا كبيرة مازالت مطلوبة لتحسين نوعية الحياة التي يعيشها هؤلاء الأفراد بعد تخلصهم من العزل في تلك المؤسسات. ولعل المؤسف أكثر معرفة أن عددا منهم قد آل به المطاف إلى كونه بلا مأوى أو أنه في السجن (Earley, 2006; Goin, 2007; Lamb & Weinberger, 2001; Nomani, 2007; Torry & Zdanow-ic, 1999).

ومن الجدير بالذكر، تُعد فكرة الدمج (Inclusion) من أكثر الأفكار التي نتجت عن الاندماج (Normalization). وفي حقيقة الأمر فإن الدمج كان ومازال قضية ذات أهمية عند الحديث عن

الجدل بين دور الوراثة والبيئة في الذكاء

Normalization, Deinstitutionalization, and Inclusion

لعدد من السنوات ظل الجدل قائما بين العلماء بين دور الوراثة والبيئة على التطور العقلي (الذكاء). ولعل هذا الجدل انطلق من مبدأ "إمّا /أو" حيث اعتقد البعض أن الذكاء إمّا أن تلعب الوراثة دورا أساسيا في تحديده أو أن تلعب البيئة دورا أكبر في تحديده. وفي الوقت الراهن، يؤمن العديد من العلماء أن الذكاء محدد بفعل الوراثة والبيئة معا وهو نتاج التفاعل بينهما. لقد حاول عدد من العلماء تحديد نسبة التفاعل المحددة للذكاء بين الوراثة والبيئة متسائلين في ذلك حول ما اذا كانت الوراثة لها النسبة الأعلى أم أن البيئة لها النسبة الأعلى؟!!!

وللإجابة على هذا التساؤل يشير بانل (Pinel, 2006) البروفسور في البيوسيكولوجي حوارا أجراه مع أحد تلاميذه يوضح فيه آلية فهم طبيعة التفاعل تلك:

"لقد أخبرني أحد تلامذتي يوما أنها قرأت أن الذكاء محدد ثلثه بفعل الوراثة وثلثاه بفعل البيئة ، وتساءلت حول مدى مصداقية هذه العبارة. ولعلها دهشت حين بدأت اجابتي بوصف تجربة ممتعة خضتها يوما ما في الاستماع الى أحد العازفين وهو يعزف على آلته الموسيقية مقطوعة غاية في الروعة والعذوبة. ولعلني في ذلك الوقت قد حدثت نفسي حول مصدر تلك المعزوفة الرائعة، وقلت حينها في نفسي "قد يبدو من الحمق التساؤل عن مصدر تلك المعزوفة هل هو محدد ببراعة العازف أم أنه محدد بجودة ودقة مصنوعية الآلة الموسيقية ؟!!!"

وعندها استوقفتني طالبتي وقالت: "آه لقد فهمت ما تقصده من كلامك، إن الذكاء هو نتاج التفاعل بين الوراثة والبيئة، ومن الحمق محاولة التعرف إلى الكمية التي تأتي من الوراثة وتلك التي تأتي من البيئة" (P. 23).

الطلبة ذوي الحاجات الخاصة حتى من هم ضمن فئة الموهبة والتفوق. وبالرغم من أن العديد من التربويين المدافعين تاريخيا قد نادوا بضرورة تقديم عدة بدائل تربوية للطلبة ذوي الحاجات الخاصة، إلا أن دمج الطلبة ذوي الحاجات الخاصة مع الطلبة العاديين جنبا إلى جنب في الصفوف العادية أصبح المسألة الوحيدة الأكثر أهمية لدى هؤلاء المدافعين (Crockett & Kauffaman, 1999, 2001; Kauffman et al., 2008).

في نهاية القرن العشرين أصبحت فكرة الدمج من أكثر القضايا الخلافية لدى كثير من أولياء الأمور وغيرهم واستمرت إلى الآن لتكون من أكثر القضايا الساخنة في التربية الخاصة. ولعل مسألة الدمج بقيت أيضا من المسائل الخلافية والجدلية حتى في بدايات القرن 21 وذلك بسبب ما تم فرضه من تشريعات حول ما يعرف بالمعايير عالية الأداء المتوقعة من الطلبة الملتحقين بالمدارس العادية في الولايات المتحدة الأمريكية (Bateman, 2011; Kauffman & Hung, 2009; Kauffman & Landrum, 2009; Kauffman et al., 2008; Kauffman & Halahan, 2005a; Kauffamn & Knnolod, 2007; Warnock, 2005; Zgmond & Kloo, 2011; Zigmond et al., 2009). ولعل الرأي الذي تتبناه في هذه المسألة يكمن في الحاق الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في أفضل البيئات التعليمية التي تضمن تقديم أفضل الخدمات التربوية.

المجلس الأعلى للأطفال المعوقين وتطور الميدان:

Council for Exceptional Children and Development of the Profession

لم تظهر التربية الخاصة فجأة كفرع جديد من فروع العلم، بل على العكس فقد كان لظهور علم النفس وعلم الاجتماع والاستخدام الواسع للاختبارات الذكاء في بدايات القرن العشرين بالغ الأثر في تطوير هذا الميدان. فقد كان لدرسة التعلم والتنبؤ بأسباب النجاح والفشل الأكاديمي من قبل علماء النفس عن طريق توظيف الاختبارات أمر بالغ الأثر في القاء الضوء على الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. أما علماء الاجتماع والأنثروبيولوجيا فقد لفتوا الانتباه إلى الآليات التي تستجيب بها أسر ومجتمعات الأطفال المعوقين لوجود الإعاقة لديهم وأثرها في آليات تعلمهم وتكيفهم. ولعل السجلات التراكمية في القرن 19 أوردت ذكرا لمفهوم المعوقين عقلياً أو ذهنياً دون أن يتم توضيحها في اطار ما يعرف اليوم بعلم النفس، وعلم الاجتماع، والتربية الخاصة (Hallahan & Kauffman, 1977; Kauff-man & Landrum, 2006). وحتى في بدايات القرن العشرين فقد بدت مفاهيم الإعاقة غير متقنة في ظل معاييرنا في الوقت الحالي.

وفي ظل تطور مهنة التعليم نفسها ووجود التشريعات التي تقضي بالزامية التعليم، أصبح العديد من المعلمين ومدراء المدارس مقتنعين بأن عددا كبيرا من الطلبة سيحتاجون إلى خدمات تربوية تتعدى في بنائها مفهوم الصف العادي. ولعل هذا الاعتقاد يبدو ماثلا في الجهود التي بذلتها اليزبث فاريل (Elizabeth Farrell) والتي تعد من أهم المساهمين في تطور ميدان التربية الخاصة. لقد قامت اليزبث وبمساعدة من مسؤولي المدارس في مدينة نيويورك الأمريكية بتوظيف ما توافر لديهم من معلومات وجدت في ميدان نمو الطفل، والعمل الاجتماعي، واختبارات الذكاء، والتعليم في توضيح طبيعة الاحتياجات التي يعاني منها الأطفال واليافعين من ذوي الاحتياجات الخاصة المخدومين في الصفوف العادية أو المعزولين عنها. لقد كانت دوافع اليزبث ومن معها من تربويين نابعة من أهمية تقديم الخدمات التربوية الملائمة لجميع احتياجات الطلبة (العادين أو ذوي الحاجات الخاصة) وضرورة تلقى الخدمات الصحية والاجتماعية لتحقيق أقصى درجات الاستفادة من التعليم في المدرسة. وفي عام 1922 شكلت اليزبث ومجموعة من أخصائي التربية الخاصة ما يعرفباسم المجلس الأعلى للأطفال المعوقين في جميع أنحاء أمريكا وكندا. ولايزال المجلس حتى يومنا هذا المنظمة المهنية الأولى للتربية الخاصة.

إن التربية الخاصة المعاصرة تُعد ميدان مهني متخصص تمتد جذوره في عدد من الميادين الأكاديمية وخاصة – الطب، وعلم النفس، وعلم الاجتماع، والعمل الاجتماعي- بالإضافة إلى التربية والتعليم. إنها تختلف عن التربية العادية في كونها تتطلب تأهيلا من نوع خاص، إلا أنها تشابهه في كونها تركز على أهمية المدراس والتعليم.

الأفراد، والأسر، والمنظمات (Individuals, Parents, and Organizations):

لقد كان لوجود الأفكار من بعض الأفراد أمر بالغ الأهمية في تطوير ميدان التربية الخاصة. إلا أن الأبرز يبدو في الجهود المشتركة التي وجدت بين الأسر والمختصين في الميدان. وإذا كان تأسيس المجموعات المهنية (Professional Groups) يرجع إلى بدايات القرن 19، فإن المنظمات الأسرية لم تظهر في أمريكا قبل 1950م.

قد يبدو من الصعب تسمية الأفراد الذين أسهموا في تطور ميدان التربية الخاصة، إلا أن شريفر (Eunice Schriver) تبدو من أهم الأفراد الذين تركوا بصمة في ميدان التربية الخاصة. لقد قامت شريفر (والتي كانت لها أخت تعاني من الإعاقات العقلية النمائية) بتأسيس ما يعرف باسم الأولمبياد الخاص (Special Olympics) بالعوقين. وبالرغم من الانتقادات التي واجهت فكرة الأولمبياد الخاص، إلا أنها تبقى من أهم الفرص التي يمكن للأشخاص المعوقين التنافس فيها. كما أنها من أهم الفرص التي عملت على إثراء حياتهم وضمان التعامل العادل معهم. فقد أسهمت شريفر بذلك في تحسين العديد من اتجاهات المجتمع نحو المعوقين، وفي تحسين مفهوم الذات لدى المعوقين أنفسهم، وفي تحسين نوعية الحياة لهم.

إن جمعيات أولياء الأمور تفتح أبواب عضويتها لجميع من لديهم أطفال (وليس بالضرورة من هم ذوي الحاجات الخاصة) كما أنها تعمل على تحقيق ثلاثة أهداف أساسية هي:

(1) توفير مجموعات غير رسمية لأولئك الآباء الذين يفهمون مشكلات وحاجات بعضهم بعضاً، وتقديم المساعدة لبعضهم بعضاً لمواجهة ما يصادفهم من ضغوطات واحباطات مختلفة.

(2) توفير المعلومات التي تتعلق بالخدمات والمصادر المتوافرة والتي يحتاجون لها.

(3) توفير البنية والسبل التي يمكن من خلالها الحصول على تلك الخدمات والمصادر التي يحتاجون لها.

من الأمثلة على تلك الجمعيات والمنظمات كل من: جمعية المواطنين المعوقين (Association for Retarded Citizens-ARC)، الجمعية الوطنية للأطفال الموهوبين (National Association for Gifted Children)، وجمعية صعوبات التعلم (The Learning Disabilities Association)، والجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America)، والاتحاد الفدرالي للصحة النفسية للأطفال (Federation of Families for Children's Mental Health).

أفكار الوالدين حول دمج أطفالهم من ذوي الإعاقات الشديدة:

Parent's Thoughts on Inclusion of Their Children with Severe Disabilities

إن أولياء الأمور الداعمين لدمج أطفالهم من ذوي الإعاقات الشديدة يستخدمون الأسباب الآتية لدعم فكرتهم:

1. تلقي الأطفال مزيدا من التعليم الأكاديمي والوظيفي بسبب توافر التوقعات العالية والإثارة الكبيرة ضمن صفوف التعليم العام مع العاديين.
2. تعليم الطلبة غير المعوقين وتثقيفهم حول معنى الإعاقة والطلبة المعوقين مما يزيد من حساسيتهم نحو الأشخاص المعوقين على نحو عام.
3. إن التواجد مع الأطفال العاديين يمكن الأطفال المعوقين من تعلم المهارات الاجتماعية.
4. تمكن الأخوة المعوقين وغير المعوقين من الذهاب إلى نفس المدرسة.
5. العزل في الأماكن يمثل مفهوماً أخلاقياً خاطئاً، بينما يمثل الدمج مفهوماً أخلاقياً صحيحاً.

أما أولياء الأمور المعارضون للدمج فإنهم يستخدمون الأسباب الآتية:

1. تحد طبيعة الإعاقة الموجودة لدى الطفل من مقدار الاستفادة من التعليم في صفوف الدمج.
2. إن للدمج العديد من الآثار السلبية على طلبة ومدرسي الصفوف العادية.
3. إن المنهاج الموظف في المدرسة العادية لايلائم طبيعة الاحتياجات الفردية للأطفال المعوقين.
4. قد لايحظى الطفل في الصف العادي بالانتباه المنشود والضروري من قبل المعلم.
5. لايتوفر ما يضمن حسن معاملة هؤلاء الأطفال من قبل أقرانهم من غير المعوقين داخل الصفوف العادية.
6. يحتاج هؤلاء الأطفال للتواجد إلى جوار من هم يعانون من مثل إعاقتهم حيث يضمن لهم ذلك عدم الشعور بالوصمة أو الاختلاف مقارنة بما هو موجود في الصفوف العادية.
7. قد لاتتحقق الاستفادة المنشودة من جراء تواجد هؤلاء الأطفال في الصفوف العادية، بل على العكس قد يعاني الكثير منهم من قبل المحيطين بهم.
8. قد يكون الطفل عدوانيا أو مخربا أو يعاني من عدد من السلوكات غير المناسبة للتواجد في صفوف عادية.
9. يفتقر المعلمون وغيرهم من المتواجدين في الصفوف العادية إلى التدريب المناسب لضمان التعامل الصحيح مع هؤلاء الأطفال.

Source: From "Taking Sides: Parent's Views on Inclusion for their Children with Severe Disabilities," .467-484 ,67, by. D.S. Palmer, K. Fuller, T. Arona, & M. Nelson, 2001, Exceptional Children;

التشريعات والقوانين والدعاوى القضائية (Legislation and Litigation):

لقد كان للتشريعات القانونية بالغ الأثر في تحقيق التقدم في ميدان التربية الخاصة وفيما يتعلق بتلبية الأحتياجات التربوية لهم ضمن نطاق صفوف التعليم العام والمدارس العادية (Bateman, 2007,; 2011; Bateman & Linden, 2006; Huefner, 2006). سيتم التركيز هنا على أهم التشريعات القانونية التي تُعد نتاج للتاريخ التشريعي في ميدان التربية الخاصة. وفي ذات الوقت فلا يمكن تجاهل الدور الذي لعبته العديد من القضايا والدعوات القضائية في التربية الخاصة (Rozalski,; Miller, & Stewart, 2011; Yell, Katsiyannis, & Bradley, 2011).

تُعد القانون الأمريكي الفدرالي الذي تم اصداره في عام 1975 والمعروف باسم قانون تعليم جميع الأطفال المعوقين (**Education for All Handicapped Children Act**) من أهم التشريعات القانونية في الولايات المتحدة الأمريكية. وفي عام 1990 تم تعديل اسم هذا القانون ليصبح معروف باسم قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (Individuals with Disabilities Education Act- IDEA). وقد تم تعديل هذا القانون مرة أخرى في عام 1997 م دون تغيير اسمه، كما تم تعديلة مرة ثالثة في عام 2004 وتم في هذا الوقت تعديل الاسم قليلا ليصبح (**Individuals with Disabilities Education Improvement Act- IDEA 2004**). أن الحق الذي يضمنه هذا القانون يتضمن وجوب توفير التعليم المجاني المناسب في المدرسة العادية لجميع الأطفال واليافعين المعوقين.

كما يُعد قانون المعوقين الأمريكي (American with Disabilities Act-ADA) قانون آخر مهماً في ميدان التشريع في التربية الخاصة. حيث يكفل هذا القانون عدم التحيز ضد المعوقين وحماية

حقوقهم المدنية في التوظيف وممارسة الحقوق السياسية الوطنية وعلى مستوى الولاية الواحدة والحق في استخدام وسائل الاتصالات.

كما أن هناك قانونا آخر إلى جانب IDEA يختص بخدمات التدخل المبكر والذي يكفل توفير التعليم المجاني المناسب في المدارس العادية لجميع الأطفال المعوقين بغض النظر عن درجة إعاقتهم ضمن المرحلة العمرية ما بين 3 إلى 21 سنة. كما أن هذا القانون يتطلب من جميع الولايات ضرورة العمل على تطوير خدمات التدخل المبكر للأطفال ذوي الإعاقات أو من هم معرضون (At Risk) لخطر الإعاقة. وعليه فإن جميع هذه القوانين تتطلب من ضرورة العمل على التعرف إلى الأطفال واليافعين المعوقين والعمل على تقديم خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة والتي تناسب طبيعة احتياجاتهم.

إضافة إلى ما سبق، ففي بدايات القرن الحادي والعشرين تم إصدار قانون بعنوان "No Child Left Behind- NCLB" والذي أخذ يركز على ضرورة تقديم التعليم ضمن نطاق المدارس العادية وخاصة فيما يرتبط بخدمات التربية الخاصة (Huefner, 2006; Yell & Drasgow, 2005). أن المعايير التي تضمنها قانون NCLB تناولت الحديث عن تحسين الأداء الأكاديمي جميع الطلبة في التعليم بما فيهم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. ولعل الفضل يعود إلى قانوني NCLB و IDEA في التركيز على نوعية الخدمات التي يجب أن ترتقي بمستوى أداء الطلبة غير ذوي الحاجات الخاصة الأكاديمي لدرجة تقارب أداء نظرائهم من العاديين. ولعل قانون NCLB لم يتوقف عند هذا الحد، بل تجاوزه إلى ضرورة التشديد على أن يكون المعلمون (في التعليم العادي والتربية الخاصة) على درجة عالية من الكفاءة والتأهيل للعمل مع الطلبة (Gelman, Pullen, & Kauffamn, 2004). ولعل المتطلبات الواردة في قانون NCLB تبدو للعديد من المختصين متطلبات عالية وغير قابلة للتطبيق أو التحقيق وخاصة اذا ما طبقت على التربية الخاصة (Kauffman, 2004, 2005; Kauffman & Ko-nold, 2007; Rothstein, Jacobsen, & Wilder, 2006).

إن التشريعات القانونية التي صدرت وكفلت حق التعليم للطلبة ذوي الحاجات الخاصة لا يمكن لها أن تترك أثرا بالغا في حياتهم مالم تدعم بقرارات صادرة من المحاكم تهدف إلى متابعة مدى الدقة في تطبيق النصوص القانونية المختلفة. إن للقضايا التي يتم تناولها في المحاكم بفعل الجهود المبذولة من قبل أولياء الأمور ومنظماتهم بالغ الأثر ضمن جودة تطبيق القوانين. لذلك سيتم استعراض بعض الأمثلة لبعض الحالات القانونية في المحاكم في الولايات المتحدة الأمريكية وذلك لجعل الصورة الكاملة أكثر وضوحا.

لاحظ زيلدر (Zelder,1953) أنه وفي بدايات تقديم التعليم العام، كان الحضور للمدرسة يُعد امتيازا يمكن منحه أو حجبه عن الطالب وفقا لماتراه المدرسة مناسبا. وفي أواخر القرن 19 وبدايات القرن العشرين، فقد لاحظت العديد من المحاكم أن الطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية والطلبة ذوي الإعاقة العقلية قد تم استثناؤهم من الحضور للمدارس وذلك لأسباب متعددة من مثل حفظ النظام في المدرسة، الحفاظ على وقت المعلمين، حماية لباقي الطلبة من التعرض إلى هؤلاء

الطلبة من ذوي الإعاقة. وفي بدايات منتصف القرن العشرين مالت المحاكم إلى الدفاع عن الطلبة العاديين ضد غير العاديين إن الحقيقة الماثلة الآن تنادي إلى عدم كفاية الأعذار التي تم استخدامها سابقا للعمل على استثناء الطلبة ذوي الحاجات الخاصة من التعليم العام.

بعض أحكام قانون IDEA

MAJOR PROVISIONS OF IDEA

يتضمن قانون IDEA الأحكام الرئيسة الآتية:

- التعرف (Identification): تنفيذ اجراءات المسح والتعرف المبكر لجميع الاطفال واليافعين من ذوي الإعاقة.
- التعليم العام المجاني (Free Appropriate Public Education-FAPE): لكل طالب من ذوي الاحتياجات الخاصة الحق بتلقي التعليم العام المجاني والمناسب لمستوى قدراته دون أية تكاليف تفرض على والديه أو من ينوب عنهم.
- البيئة الأقل تقييدا (Least Restrictive Environment-LRE): العمل على تعليم الطالب ذي الحاجة الخاصة في أقل البيئات التعليمية تقييدا شريطة أن تتناسب الخدمات مع طبيعة احتياجات الطالب التعلمية وفي إطار المدرسة العادية قدر الإمكان.
- الخطة (البرنامج) التربوية الفردية (Individualized Education Program): يجب العمل على كتابة خطة تربوية فردية لكل طالب من ذوي الإعاقة بحيث تتضمن وصفا لمستوى أداء الطالب الوظيفي الحالي، جملة الاهداف طويلة وقصيرة المدى المراد تضمينها، تقديرا للوقت الذي سيقضيه الطالب خارج صفوف التعليم العادي والمنهاج العادي، نوع الخدمات المراد تقديمها، توضيحا للآليات التي سيتم اتباعها في تقديم تلك الخدمات وكيفية تقييمها، خطة انتقالية فريدة نحو مزيد من التعليم أو الانتقال نحو سوق العمل.
- التقييم الخالي من التمييز (Nondiscriminatory Evaluation): لابد من اجراء تقييم شامل للطالب في جميع النواحي التي ترتبط بنوع إعاقته، ولابد أن يكون هذا التقييم صادقا وبعيدا عن التحيز أو التمييز بسبب لغة الطالب وخصائصه الثقافية. ولابد أن تستند عملية التقييم إلى جوانب متعددة ومطبقة من قبل فريق متعدد التخصصات وعدم الاستناد إلى نوع واحد من التقييم لأغراض اتخاذ القرارات المتضمنة بالتشخيص أو الإحالة.
- السرية (Confidentiality): يجب العمل على الحفاظ على سرية نتائج التقييم وعدم السماح لأحد بالاطلاع عليها باستثناء الوالدين أو من ينوب عنهما.
- النمو المهني للمعلمين أثناء الخدمة (Personal Development, In-service): يجب العمل على تدريب وتطويرمهارات وقدرات جميع المعلمين والمختصين العاملين مع الطالب تدريبا يتناسب مع طبيعة احتياجات الطلبة.

وفي وقتنا الحالي، فإن على المحاكم النظر إلى التعليم على أنه حق لكل طالب وليس ميزة تمنح له. إن اجراءات التقاضي في المحاكم الآن يجب أن تعمل على ضمان توفير التعليم المجاني العام لكل طالب بغض النظر عن مستوى قدراته. إن هذا المفهوم لايشترط بالضرورة تقديم الدعم الكامل

للدمج، ولكنه يمثل رؤية واضحة لحق التعليم (Bateman, 2007, 2011; Dupre, 1997; Hufner, 1994, 2006).

إن اجراءات التقاضي في المحاكم يمكن اجراؤها لواحد من الأسباب الآتية:

1. عدم تقديم خدمات التربية الخاصة المناسبة للطلبة الذين يُعد آبائهم بحاجة لها.
2. إحالة الطالب إلى التربية الخاصة بالرغم من اعتقاد الوالدين بعدم ضرورة ذلك.

وغني عن البيان، فالعديد من الشكاوى القانونية المقدمة للمحاكم كانت ناجمة عن اعتقاد الآباء بأن أطفالهم من ذوي الإعاقات الظاهرة والتي لايختلف في شأنها لا يتلقون القدر المناسب من خدمات التربية الخاصة. إن الوالدين في هذا السياق يؤمنون بأن إصدار الأحكام القانونية لتلقي القدر المناسب من خدمات التربية الخاصة سيكون له بالغ الأثر على أطفالهم مقارنة بما هو الحال قبل التقاضي. كما أن العديد من الشكاوى قد تم تقديمها من قبل أولياء أمور لطلبة من ذوي الإعاقة البسيطة والمنتظمين في الحضور إلى المدرسة إلا أنه قد تم وصمهم بوصمة الإعاقة وقد تم التحيز ضدهم بصورة أعلى مما تم توقعه من الاستفادة من تقديم خدمات التربية الخاصة. وعليه فإن المحاكم مضطرة اليوم للتعامل مع العديد من القضايا بناء على وزن خصائص الطالب الفردية ومقارنتها بنوعية البرامج التربوية المقدمة.

إن أولياء الأمور يهدفون دائما إلى أن يتلقى أبناؤهم تعليما مجانيا عاما في المدارس العادية دون أن يكون في ذلك وصم لهم أو تحيز ضدهم. ولعل هذا يتطلب من المحاكم عند النظر في العديد من القضايا ضرورة الاستماع إلى الأدلة والاثباتات التي توضح أن آليات تقديم الخدمة قد تمت على نحو صحيح من غير وجود تحييز أو تمييز ضد الطلبة. إن العديد من القضايا التي تم تناولها في المحاكم تضمنت دعوات قانونية ضد استخدام مقاييس الذكاء (IQ Tests) وغيرها من المقاييس الأخرى ومدى دقت نتائجها في تحديد مدى أهلية الطالب لتلقي خدمات التربية الخاصة. ولعل هذه الدعوات قد تم

دعمها بفعل الجدل الحاد حول مدى مصداقية اختبارات الذكاء أساسا الأمر الذي حدى بالعديد من المختصين إلى ضرورة دعم الاستناد إلى نتائج مقاييس الذكاء كأداة وحيدة أو أساسية لتحديد مدى أهلية الطالب لتلقي خدمات التربية الخاصة (MacMillan & Forness, 1998).

ولعل أفضل الأمثلة حول هذه القضايا التي تم تداولها في المحاكم قضية الطفلة آمي (Amy) ففي عام 1982 قام المجلس الأعلى للقضاء بالولايات المتحدة الأمريكية بتقديم أو تفسير خاص بمتطلبات قانون التعليم المجاني المناسب (IDEA) لطفلة تعاني من إعاقة سمعية ملتحقة بأحدى المدارس. لقد جاء التفسير بأن تعليم الأطفال الموقين سمعيا يتطلب تقديم خدمات التربية الخاصة التي يمكن لها أن تدعم أداءهم الاكاديمي إلى قدر معقول مقرانة بنظرائهم. لقد جاءت الدعوى القضائية من قبل والد آمي والتي هدفت إلى ضرورة توظيف لغة الإشارة في عملية تعليم آمي الأمر الذي سيجعل أداءها الأكاديمي يتحسن ليقارب أداء غيرها من نظرائها. ولكن المجلس الأعلى القضائي رأى أن ما يتم تقديمه من خدمات لآمي يُعد كافيا وخاصة لكون المدرسة قد طورت برنامجا فرديا لها. إن هذه الحالة تقدم مثالا للغموض الذي يكتنف هذه التشريعات القانونية والمرتبطة بمفهومي "التعليم المناسب المجاني" و"التعليم في البيئة الأقل تقييدا" والذي سيتم مناقشته مطولا في الفصل الثاني من هذا الكتاب.

تعليقات على التقدم في التربية الخاصة

:(Comments on Progress in Special Education)

لقد قطعت التربية الخاصة شوطا كبيرا منذ أن تم تقديمها في إطار التعليم العام الأمريكي منذ أكثر من قرن مضى. فقد أضحت التربية الخاصة جزءا أساسيا في نظام التعليم فضلا عما كانت عليه قديما، فهي لم تعد ميزة تقدما لفئة محددة من الطلبة دون غيرها، كما أنها لم تعد خبرة أو استثناء يتم تقديمه للبعض. لقد تطورت التربية الخاصة كثيرا منذ اقرار قانون IDEA وذلك منذ أكثر من ربع قرن إلى الآن. لقد أصبح للوالدين وأطفالهم حقوق قانونية في الحصول على تعليم عام مجاني ومناسب وبالتالي لم يعودوا مكتوفي الأيدي في وجه إدارات المدارس التي ترفض تقديم خدمات التربية الخاصة والخدمات المساندة لأولئك الطلبة. إن إصدار قانون IDEA يُعد واحداً من الاحداث القليلة في القرن العشرين والتي أدت إلى تغيير مصدر القوة في العلاقة بين المدارس وأولياء الأمور (Geber, 2011; Sarason, 1990).

وبالرغم من حقيقة أن قانون IDEA وما يرتبط به من دعوات قضائية لم تخلو من بعض الأخطاء، إلا أنها بذلك قد حركت التعليم العام نحو تقديم فرص تعليمية أفضل للطلبة ذوي الإعاقات (Bateman, 2007). لقد ركزت هذه القوانين التي فرضت في القرنين العشرين والحادي والعشرين على أهمية تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال الموقين. فعلى سبيل المثال فقد كفل قانون ADA عدم التمييز ضد الأطفال واليافعين الموقين من قبل مجتمعهم بأي حال من الأحوال. وتبقى الحقيقة ماثلة بأن هذه القوانين لن تعمل على حل جميع المشكلات الموجودة في المجتمع، إلا أنها تسهم في

دعم التوجه نحو تكافؤ الفرص لجميع أفراد المجتمع والتقليل من المعوقات التي تعيق هؤلاء الافراد. وعلى الرغم من ذلك، فالأمر يتطلب أكثر من فرض قانون محدد لضمان تقديم التعليم المناسب للطلبة ذوي الحاجات الخاصة.

تستند التربية الخاصة إلى عدد من المفاهيم المهمة مثل الوقاية، والتدخل المبكر، والبرامج العلاجية المبنية على منهجية علمية تدعم مدى فاعليته (Kauffman, 2007; Kauffman & Hal-ahan, 1974, 2009). ومن الجدير ذكره أننا قد حققنا تقدما ملحوظا في التربية الخاصة، إلا أن هذا التغيير سيبقى معضلة نواجهها على نحو مستمر. في الفصل الثالث عشر من هذا الكتاب سيتم مناقشة جملة من التوجهات والقضايا الحديثة في التربية الخاصة التي للأسف تعبر عن خيبات أملنا كما أنها تظهر الكيفية الصحيحة التي يجب أن تكون عليها التربية الخاصة والخدمات المساندة المرتبطة بها.

ملخص الفصل (Summary):

كيف يمكننا فهم الاحتياج الخاص والتربية الخاصة؟

- يتضمن الاحتياج الخاص جملة من أوجه الشبه وأوجه الاختلاف بين الافراد.
- إن أسباب التفاؤل تكمن في التقدم الذي تم احرازه على صعيد البرامج العلاجية والتربوية، والاكتشافات الطبية، والبرامج الوقائية.
- لابد من فهم وإدراك القدرات وعدم القدرات معا.
- يعرف العجز على أنه عدم القدرة على فعل شيء ما، أما الإعاقة فهي محددات تفرض على الفرد.
- هناك فرق بين عدم القدرة والعجز، فالعجز هو عدم المقدرة على فعل شيء ما يفعله عموم الناس.

ما هو التعريف التربوي للطلبة ذوي الحاجات الخاصة؟

- الطلبة ذوو الحاجات الخاصة هم أولئك الطلبة الذين يحتاجون للتربية الخاصة حتى يستطيعوا الوصول إلى أقصى ما لديهم.
- بعض هؤلاء الطلبة قد يحتاجون للتربية الخاصة، أما البعض الآخر فلا.

ما هي نسبة انتشار الطلبة ذوي الحاجات الخاصة؟

- ان ما يقارب 10 طلبة من بين كل 100 طالب يُعد ذا حاجة خاصة لأغراض التربية الخاصة.
- تُعد بعض فئات التربية الخاصة فئات عالية الحدوث بسبب انتشار معدل حدوثها بصورة تفوق غيرها من الفئات مثل صعوبات التعلم، اضطرابات التواصل، والاضطرابات السلوكية أو الانفعالية.
- تُعد فئات أخرى من فئات التربية الخاصة قليلة الحدوث بسبب انتشار معدل حدوثها بصورة أقل من غيرها من الفئات مثل الإعاقة البصرية، والإعاقة السمعية، والصم المكفوفين.

ما هو تعريف التربية الخاصة؟

- تعرف التربية الخاصة بأنها تصميم تدريسي خاص لتلبية الاحتياجات غير العادية للطلبة ذوي الحاجات الخاصة. إن هذا التصميم الخاص يتطلب توظيف أدوات وأساليب تعليم وومواد وتجهيزات خاصة.
- يتمثل التوجه الحديث في تقديم الخدمات في أقرب البيئات قربا للتربية العادية من حيث البناء وخاصة للأطفال الصغار.

ما هي الأصول التاريخية للتربية الخاصة؟

- لقد أصبحت التربية الخاصة أمرا شائعا في المؤسسات والمدن الكبرى في بدايات القرن 19.
- لقد كان لكل من الأطباء وعلماء النفس دور بالغ الأهمية في تطوير التربية الخاصة.
- لقد تم تأسيس المجلس الاعلى للمعوقين وغيره من المنظمات والجمعيات الخاصة بأولياء الأمور والمهنيين في بدايات القرن العشرين.

ما هي أهم القوانين والتشريعات والدعوات القضائية التي أثرت في التربية الخاصة؟

- لقد كان لفرض قانون تعليم الأفراد المعوقين (IDEA) سنة 1970 بالغ الاثر في التربية الخاصة وخاصة بعد ما تم مراجعته سنة 2004.
- كان لقانون ADA بالغ الأثر في حماية الحقوق المدنية ومقاومة التمييز في التوظيف والاتصالات للأميركين المعوقين.
- في بداية القرن 21 جاء قانون (NCLB) ليكون علما مميزا في تعليم الطبة المعوقين.
- لقد أفادت الدعوات القضائية في المحاكم في تفسير وتوضيح آليات تطبيق هذه القوانين.
- عادة مايقوم أولياء الأمور في رفع دعاوى قضائية بغية رفض وضع ابنائهم في مظلة التربية الخاصة وبالتالي تعلمهم في البيئة التربوية العادية، بينما يرفع البعض الآخر دعوات بغية شمول أبنائهم في التربية الخاصة وتقديم الخدمات الخاصة لهم.

ما هي وجهة نظرنا في التقدم الذي احرزته التربية الخاصة.

- لقد احرزت التربية الخاصة تقدما ملحوظا ومستمرا عبر السنوات، إلا أن هذا التقدم سيبقى معضلة مستمرة.

الفصل

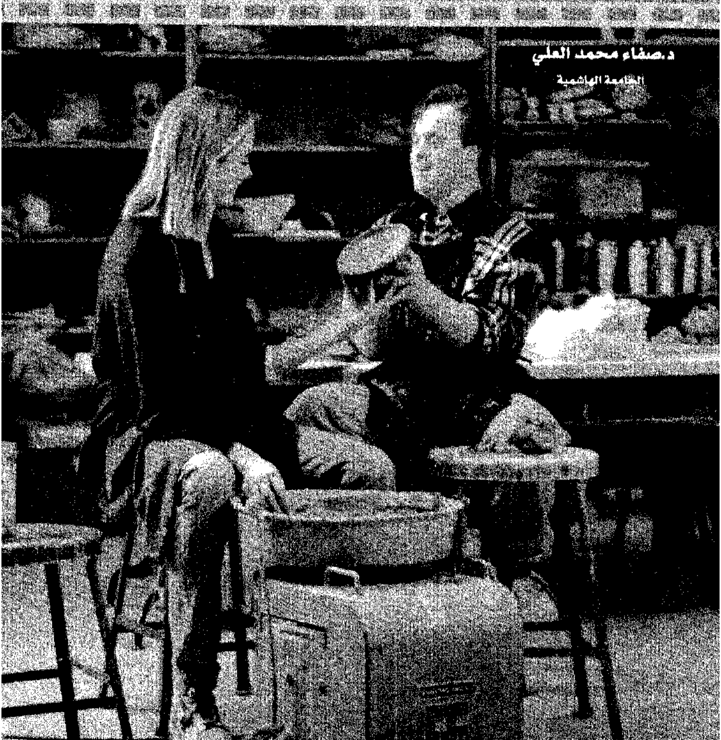
2

الطلبة ذوو الإعاقات العقلية والنمائية

Learners With Intellectual and Developmental Disabilities

د.صفاء محمد العلي

الجامعة الهاشمية



كم هي اللحظات التي حاولت أن أعتبر فيها حياة نيكولاس طبيعية، إلا أنني صدمت بمراهقتها التي اختلفت بشكل كبير عما توقعته أنا ومارك ... مؤخراً قررنا زيارة مركز رعاية في منطقتنا ...

إنني مستغرقة في التفكير كم اختلف العالم اليوم عما مضى، فأولياء أمور الأطفال ذوي التأخر النمائي، أو حتى المعرضين لخطر التأخر النمائي أصبحوا يتقبلون فكرة الذهاب للمركز المحلي لتلقي خدمات التوجيه والإرشاد، والتقييم والتشخيص، والتدخل المبكر، وكذلك برامج تدريب أولياء الأمور وأطفالهم.

بينما كنت أشاهد أماً تحمل طفلاً صغيراً يبكي، وتحاول الكلام مع المتطوع داخل المركز، شعرت أن هناك بعض الأشياء التي لم تتغير بعد، كصراع التكيف مع واقع الإعاقة، وقبول فكرة وجود طفل لديه تأخر نمائي، الترقب والتخوف من التشخيص، وتوقع وجود الإعاقة لدى الطفل.

تبعتُ الأم التي كانت تتطلع لسماع آراء الأخصائيين الذين شجعوها للمشاركة في وضع الأهداف واتخاذ القرارات. وبالرغم من توافر خدمات الدعم التي يقدمها المركز، شُجعت الأم إلى ضرورة الاعتماد على مصادر المجتمع وتحديدا مصادر الدعم الطبيعي Natural Support المتمثلة بأعضاء الأسرة والأصدقاء والجيران، ما يسهم في دمج الطفل في المجتمع بشكل طبيعي.

Sandra Z.Kufman. Retarded Isn't Stupid, Mom! (1999)

يتوقع بعد قراءتك لهذا الفصل أن تعرف الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- لماذا يفضل العديد من الباحثين في الوقت الحالي استخدام مصطلح الإعاقات العقلية والنمائية بدلاً من استخدام مصطلح التخلف العقلي؟
- كيف يعرف الاخصائيون مفهوم الإعاقات العقلية والنمائية؟
- ما هي نسبة انتشار الإعاقات العقلية والنمائية؟
- ما هي أسباب الإعاقات العقلية والنمائية؟
- ما هي الأساليب المستخدمة في تقييم الأفراد ذوي الإعاقات العقلية والنمائية؟
- ما هي خصائص الأفراد ذوي الإعاقات العقلية والنمائية؟
- ما هي أهم الاعتبارات التربوية للطلبة ذوي الإعاقات العقلية والنمائية؟
- كيف يقييم الأخصائيين مهارات السلوك التكيفي والمهارات الأكاديمية بهدف التدخل المبكر؟
- ما هي أهم الاعتبارات ذات العلاقة بانتقال الأطفال ذوي الإعاقة العقلية إلى مرحلة الرشد؟

بعض الاعتقادات الخاطئة والصحيحة حول الطلبة ذوي الإعاقات العقلية والنمائية

الاعتقاد الخاطئ: هناك اتفاق بين الاختصاصين حول تعريف الإعاقة العقلية.

الاعتقاد الصحيح: قد تنحو بعض المدارس العامة إلى عدم تقديم الخدمات التربوية للطلبة الاستثائيين.

الاعتقاد الخاطئ: إن تشخيص فرد ما بأنه مصاب بالإعاقة العقلية، يعني ملازمة هذا التصنيف له مدى الحياة.

الاعتقاد الصحيح: ما زال هناك جدل حول مسمى الإعاقة العقلية، وتعريفها، وتصنيفها.

الاعتقاد الخاطئ: يتحدد تعريف الإعاقة العقلية بالدرجة التي يحصل عليها الفرد على اختبارات الذكاء.

الاعتقاد الصحيح: إن ثبات مستوى الأداء الوظيفي العقلي لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية ليس مطلقا بالضرورة، وبخاصة في الحالات البسيطة وتحديدا بعد تقديم التدريب التربوي المكثف.

الاعتقاد الخاطئ: يسهل تحديد أسباب غالبية حالات الإعاقة العقلية.

الاعتقاد الصحيح: إن أكثر التعريفات دقة للإعاقة العقلية تفترض وجود معيارين أساسيين للتشخيص هما : التدني الوظيفي في القدرة العقلية، والقصور في مهارات السلوك التكيفي.

الاعتقاد الخاطئ: تعد العوامل النفسية الاجتماعية سببا رئيساً للإصابة بغالبية حالات الإعاقة العقلية البسيطة.

الاعتقاد الصحيح: بالرغم من مساهمة الخريطة الجينية في تحيد أسباب بعض حالات الإعاقة العقلية، إلا أنه مازالت هناك صعوبة في تحديد أسباب العديد من حالات الإعاقة العقلية.

الاعتقاد الخاطئ: تعد المرحلة الثانوية الوقت المناسب لتعليم الأفراد ذوي الإعاقة العقلية المهارات المهنية.

الاعتقاد الصحيح: يصعب تحديد نسبة دقيقة لدور الأسباب البيئية أو الوراثية في حدوث الإعاقة العقلية، إذ تشير بعض الأبحاث الحالية مثلا، إلى ارتباط المتلازمات الجينية بحالات الاعاقة العقلية البسيطة.

الاعتقاد الخاطئ: لا يتوقع من الأفراد ذوي الإعاقات العقلية التنافس في سوق العمل المحليه. باستطاعة العديد من الافراد ذوي الإعاقة العقلية العمل في السوق المحليه، وبخاصة بعد تقديم الدعم المناسب وإجراء التعديلات البيئية الملائمة.

الاعتقاد الصحيح: ازداد الاعتقاد في الوقت الحالي بأهمية تدريس المهارات ما قبل المهنية في المرحلة الدراسية المتوسطة.

يناقش هذا الفصل العديد من النجاحات التي حققها الأفراد ذوو الإعاقات العقلية والنمائية في الوقت الحالي، والتي يمكن عزوها إلى التغيرات في الفلسفة المتضمنة لاحترام حقوقهم في اتخاذ القرارات وعيشهم وتفاعلهم مع المجتمع المحلي، كما يناقش الفصل أهمية التغيرات الفلسفية التي تؤثر في قدرة الأفراد ذوي الإعاقة العقلية والنمائية على تقرير مصيرهم، وعلاقة ذلك بحقهم في الحصول على مصادر الدعم الطبيعي.

وعليه، يحتاج الأفراد ذوو الإعاقة العقلية والنمائية إلى المزيد من الاهتمامات الفلسفية والتربوية، لضمان وصولهم إلى أقصى طاقاتهم، ومساعدتهم على العيش والعمل في المجتمع على نحو مستقل إلى حد ما. كما أنهم يحتاجون وعلى نحو مستمر إلى الدعم التربوي المكثف والمقدم من قبل فريق متعدد التخصصات، للتعاون في ما بينهم لتحديد أهم الفلسفات والقضايا ذات العلاقة بتحقيق الأهداف طويلة المدى والمتمثلة بقدرة الأفراد ذوي الإعاقة العقلية والنمائية على تقرير مصيرهم، والتفاعل والتعايش في المجتمع ضمن سياق مصادر الدعم الطبيعي.

مصطلح الإعاقات العقلية والنمائية Intellectual and Developmental Disabilities

قامت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (American Association on Mental Retardation,AAMR) والتي تُعد من من أكثر المؤسسات اهتماما بالأفراد ذوي الإعاقة العقلية في العام (2007) بتغيير مسماها ليصبح " الجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية والنمائية American Association on Intellectual and Developmental Disabilities,AAIDD. ولفهم مبررات هذا التغيير، لا بّد من مراجعة وجهات النظر التي كانت سائدة والتي تغيرت عبر الزمن فيما يتعلق بالأفراد ذوي الإعاقة العقلية، إضافة إلى الاتجاهات التي كانت مرتبطة بالمسميات التي أطلقت عليهم، فعلى سبيل المثال في أواخر القرن التاسع عشر، أُستخدمت عدة مصطلحات للإشارة إلى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية تعبر عن مستوى التدني في القدرة العقلية لديهم، من أبرزها "الغبي Idiot" و"الأبلة Imbecile"، وكانت هذه المصطلحات أكثر المسميات شيوعا وقبولا، وفي الحقيقة فقد تم اعتمادها وتداولها من قبل العديد من المؤسسات والجهات المعنية في ذلك الوقت.

وإذا أمعنا النظر في هذه المصطلحات، نجد أنها تحمل في مضمونها نوعا من السخرية والإزدراء لهذه الفئة من الأفراد، ما ساعد في ظهور مصطلح آخر وهو التخلف العقلي (Mental Retardation) والذي وُجهت إليه أيضا العديد من الانتقادات في كونه يتضمن الاساءة لهؤلاء الأفراد عند الإشارة إليهم كمتخلفين (Retarded).

لقد تزامنت النظرة السلبية لمصطلح التخلف العقلي، مع بداية القبول والتداول الواسع لمصطلح العجز أو الإعاقة (Disability) الذي يعبر عن مستويات مختلفة لشدة الاضطراب أو الإعاقة، ما هيأ الفرصة لتقوم الجمعية الأمريكية بتغيير مسماها ليصبح "الجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية والنمائية (AAIDD). وعادة مايتم اختصار المصطلح بالتعبير عنه الإعاقات العقلية فقط (Intellectual Disability).

وبالرغم من مصداقية الجمعية الأمريكية في مبادرتها تغيير المسمى، فإنه من الأهمية التأكيد على أن بعض المعنين سواء كانوا داخل أو خارج المؤسسة لا يؤيدون اعتراض الجمعية الأمريكية على مصطلح الإعاقة العقلية السابق (Mental Retardation)، في كونه يحمل معنى سلبي إلا حين يتم استخدام المصطلح المختصر الدال عليه وهو "متخلف Retarded".

وبصرف النظر عن مدى دقة وجهات النظر حول كلا المصطلحين (التي لا يحمل أي منها الصح أو الخطأ على نحو مطلق) فضّل مؤلفوا هذا الكتاب استخدام المصطلح المختصر وهو الإعاقات العقلية Intellectual disabilities. ومع ذلك فإنه من الضروري العلم أن العديد من المؤسسات المعنية بالأفراد ذوي الإعاقات العقلية ما زالت تستخدم مصطلح الإعاقة العقلية السابق وهو Mental Retardation (Polloway, Patton, & Nelson,2011).

تعريف الإعاقة العقلية Intellectual Disability Definition

ما زال تعريف الإعاقة العقلية محط جدل عند العديد من الباحثين، فمنذ العام 1950 أصدرت الجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية والنمائية تعريفات عدة للإعاقة العقلية، يعكس كل واحد منها حرص الباحثين ومخاوفهم على مضمون محكات التشخيص الواردة في التعريف بهدف تحديد في ما إذا كان الفرد ذو إعاقة عقلية أم لا. وتبرر هذه المخاوف تفسيرات عده أهمها:

- خشية الباحثين من التشخيص الخاطئ للأطفال الذين ينحدورن من مجموعات عرقية، ففي الفترة الزمنية ما بين 1980 -1990 ازدادت أعداد الطلبة الذين تدنى تحصيلهم الأكاديمي ممن حصلوا على درجات منخفضة على اختبارات الذكاء، وبذلك ازداد خطر تشخيصهم بالإعاقة العقلية. وتجدر الإشارة إلى أن ذلك لم يكن يعزى إلى تدني قدرتهم العقلية، إنما إلى الاختلافات الثقافية لهؤلاء الأفراد.
- يعتقد الكثير من الناس أن التشخيص وتسمية الأفراد بالإعاقة العقلية، يترتب عليه فرض توقعات منخفضة من هؤلاء الأفراد، ما ينعكس عليهم بتدني مفهوم الذات وبالتالي عدم إتاحة الفرص الكافية لهم، ما يعزز الاتجاهات السلبية نحوهم.
- تم النظر في الآونة الأخيرة للإعاقة العقلية على كونها مفهوما اجتماعيا، إذ ترفض الجمعية الأمريكية اعتبار الإعاقة العقلية صفة للفرد، وترى أنها نتاج تفاعل الفرد مع بيئته. " أثار هذا التفسير انتقاد بعض الجهات المتخصصة للجمعية الأمريكية بكونها ذهبت بعيدا في توجهاتها الإيجابية نحو الإعاقة العقلية عندما اعتبرتها مفهوما اجتماعيا، وأنها أنكرت وجود الإعاقة العقلية بحد ذاتها داخل الفرد (Baumeister,2006)".

تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية والنمائية

American Association on Intellectual and Developmental Disablities,AAIDD

عرّفت الجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية والنمائية (AAIDD)، الإعاقة العقلية بأنها: القصور الواضح المتمثل في كل من القصور العقلي الوظيفي المعبر عنه بدرجة الذكاء التي تنحرف انحرافيين معياريين دون الوسط، والقصور في السلوك التكيفي المعبر عنه بالقصور في المهارات المفاهيمية

والاجتماعية والتكيفية العملية، التي تظهر قبل سن 18 سنة (AAIDD Ad Hoc Committee on Terminology and Classification,2010,P1).

يتضمن تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية عنصرين رئيسين : القصور الوظيفي العقلي المعبر عنه بتدني درجة الذكاء، والقصور في مهارات السلوك التكيفي، كما تضمن التعريف أن مستوى هذا القصور في كلا المفهومين يمكن أن يتحسن.

السلوك التكيفي Adaptive Behavior:

لقد ساد لفترة طويلة الاعتماد على نتائج اختبارات الذكاء في تشخيص الإعاقة العقلية، إلا أن التعريف الحالي يتضمن مفهوما آخر لا يمكن قياسه باستخدام اختبارات الذكاء، والمتعلق بقدرة الفرد على تأدية وظائفه في الحياة اليومية. لذلك أُعتمد القصور في مهارات السلوك التكيفي بوصفه محكا تشخيصيا إضافة لتدني درجة الذكاء لتشخيص الفرد بالإعاقة العقلية. وبالرغم من عدم الاتفاق على تعريف السلوك التكيفي، إلا أن عددا من الباحثين يشيرون إلى أن مفهوم السلوك التيكفي يستند في جذوره إلى الذكاء الاجتماعي والذكاء العملي (Greenspan,2006 b) .

فيعبر الذكاء الاجتماعي عن قدرة الفرد على فهم التفاعلات الاجتماعية وتفسيرها، وقدرته على فهم تعابير الآخرين وقراءتها، والتنبؤ بخداع الآخرين له. في حين يتضمن الذكاء العملي قدرة الفرد على حل المشكلات المرتبطة بمهارات الحياة اليومية، مثل: مهارات العناية الذاتية والمهارات المنزلية، واستخدام المواصلات العامة، وقدرته على حل المشكلات المرتبطة بمهمات العمل المختلفة.

الإعاقة العقلية ومستوى التقدم Intellectual Disability and Progress

تغيرت النظرة عما كانت عليه في الماضي حول عدم قدرة الأفراد ذوي الإعاقات العقلية على التعلم والتحسن أو التطور، واختلفت في الوقت الحالي لتعبر عن إمكانية إحداث تحسن في مستوى مهارات ووظائف الأفراد ذوي الإعاقات العقلية، وبخاصة الحالات البسيطة منها، إلى الدرجة التي لا يعود بعدها الفرد ضمن تصنيفات الإعاقة العقلية.

ومع التسليم بإمكانية تطور وتحسن مستوى الأداء لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية، يشير الاختصاصيون الذين ساهموا في إعداد تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية والنمائية، إلى ارتباط المستوى الوظيفي لهؤلاء الأفراد بمستوى الدعم الطبيعيNatural Support وكميته والمقدم من الآخرين المحيطين بالفرد. وعليه، يُعد مفهوم الدعم واحدا من المفاهيم الأساسية التي تندرج ضمن مفهوم الجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية، وتعرفه الجمعية بأنه: مجموع الاستراتيجيات والمصادر التي يحتاجها الفرد للمشاركة في تأدية الأنشطة المرتبطة بوظائف الأفراد في الحياة اليومية على نحو عادي ومستقل (Thompson et al.,2009,p.135)

تُعد وسائل الدعم من أهم الطرق التي تساعد الفرد على تكييف وسد الفجوة بين قدراته وكفاياته الشخصية وبين المتطلبات البيئية، يتضمن مفهوم الدعم العديد من النماذج، فمنها ماهو من الموارد

البيئية كالمعينات الرقمية الشخصية في المجال التكنولوجي، أو ماهو من الموارد البشرية كالسائق، والمعلم وغيرهم من الأفراد، وكل من له علاقة وبإمكانه تقديم الدعم، (AAIDD Ad Hoc Committee on Terminology and Classification,2010,P1).

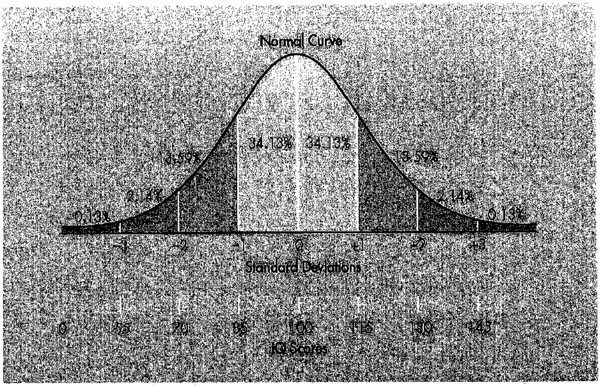
تصنيف الإعاقات العقلية Classification of Intellectual Disabilities:

تعتمد غالبية الجهات المعنية في تصنيفها للإعاقة العقلية على شدة الحالة، التي تتحدد فيها الإعاقة العقلية البسيطة بدرجات الذكاء التي تتراوح بين (50-70)، والإعاقة العقلية المتوسطة بين (35-50)، في حين تتحدد الإعاقة العقلية الشديدة ما بين (20-35)، وأقل من (20) للإعاقة العقلية الشديدة جداً.

نسبة الانتشار Prevalence:

يُعبر عن متوسط الأداء على اختبارات الذكاء (الوسط=100). وعلى نحو افتراضي، فإنه يُتوقع أن ينحرف ما نسبته 2.27% من أفراد المجتمع انحرافيين معياريين دون الوسط على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية .

بُني هذا التوقع على افتراض أن الذكاء قدرة عقلية عامة تتوزع شأنها شأن العديد من الصفات التي تمثل جميع أفراد المجتمع، ويمكن تمثيلها على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية. يوضح الرسم رقم 1.1 منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية.



الشكل رقم (1.1) منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية.

يحتوي منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية على مناطق تم تحديدها اعتمادا على الوسط والانحراف المعياري، فعند تحديد الانحراف المعياري بـ15 درجة، فإن ما نسبته 2.14% من المجتمع تتراوح درجات ذكائهم بين (55 – 70)، و0.13% أقل من 55، وبذلك تصبح نسبة الأفراد الذين تتراوح درجة ذكائهم بين (0 –70) 2.27%، إلا أنه في السنوات الأخيرة اختلفت هذه النسبة، بحيث أصبحت 1%، وتم تفسيرها باعتبارات عده أهمها: أن الاعتماد على القصور في السلوك التكيفي بوصفه محكا تشخيصيا إضافة لتدني درجة الذكاء، قلل من أعداد الطلبة المشخصين بالإعاقة العقلية، وكذلك استخدام تسميات أخرى بدلا عن مصطلح الإعاقة العقلية لكونها أكثر قبولا لدى أولياء أمور الطلبة، وتحديدا أولئك الطلبة الذين تقع درجة ذكائهم ضمن حدود 70، إذ يميل أولياء أمورهم إلى استخدام مصطلح صعوبات التعلم، ويفرضون على إدارة المدرسة استخدامه كونه أقل وصمة من مصطلح الإعاقة العقلية، إضافة إلى العديد من الاعتبارات المدرسية والشخصية التي قللت نسبة الطلبة المشخصين بالإعاقة العقلية (MacMillan,Gresham, Bocian, & Lambros,1998).

مشروع الجينات البشري: قضايا أخلاقية ذات علاقة بالإعاقة العقلية

بدأ مشروع الجينات البشري في الولايات المتحدة الأمريكية العام 1990، وانتهى العام 2003، وما زال موقع المشروع على شبكة الإنترنت يصدر أحدث المعلومات الجينية، ويهدف هذا المشروع إلى: (Human Genome Project,2008)

1. تحديد ومعرفة ما يقارب 20.000-25.000 جين على شريط المادة الوراثية (DNA).

2. حفظ هذه المعلومات في قواعد البيانات.

3. تطوير أدوات تحليل البيانات.

4. تحديد القضايا والاعتبارات الأخلاقية والقانونية والاجتماعية ذات العلاقة بالمشروع.

يمكن الإشارة إلى أهم فوائد المشروع العملية في تطوير طرق حديثة في تشخيص الاضطرابات الجينية وعلاجها، إلا أن احتمالية حدوث أخطاء جينية جعل البعض قلقا من اعتماد الطرق الجينية في علاج الإعاقات العقلية.

يتضمن موقع المشروع الجيني البشري أحدث الأوراق العلمية، حول قضايا أخلاقية ذات علاقة بالإعاقات العقلية، وغيرها من الإعاقات، تتعلق هذه الموضوعات بكل مما يلي:

- من هم الأشخاص المعنيون بالوصول إلى المعلومات الجينية، وكيف يمكن استخدامها.

- هل البحث عن علاج للإعاقة العقلية يقلل من قيمة حياة الأفراد ذوي الإعاقات العقلية.

- كيف يمكن للمعلومات الجينية أن تؤثر في الأفراد الذين ينحدرون من أقليات مجتمعية.

أسباب الإعاقة العقلية Causes of Intellectual Disability:

ذكر المتخصصون حتى منتصف القرن العشرين، أن ما نسبته 10-15% فقط من حالات الإعاقة العقلية معروفة الأسباب. وبالرغم من أن التكنولوجيا متمثلة في المشروع الجيني، ساهمت في الكشف عن الأسباب المسؤولة عن حدوث الإعاقة العقلية لبعض الحالات، إلا أنه يمكن القول أن جميع حالات الإعاقة العقلية ليست ناجمة عن أسباب جينية أو وراثية، فالنسبة الأكثر من حالات الإعاقة العقلية (أي ما يقارب 85%) ما زالت أسبابها غير معروفة (Polloway et al.,2011).

تتمثل الطريقة الشائعة في تصنيف أسباب الإعاقات العقلية، في الاعتماد على وقت حدوث سبب الإعاقة العقلية، وبذلك يمكن تقسيم أسباب الإعاقات العقلية إلى:

- أسباب مرحلة ما قبل الولادة Prenatal (before birth) Causes.
- أسباب مرحلة أثناء الولادة Perinatal (at the time of birth) Causes.
- أسباب مرحلة ما بعد الولادة Postnatal (after birth) Causes.

أسباب مرحلة ما قبل الولادة Prenatal (before birth) Causes:

تصنف أسباب مرحلة ما قبل الولادة إلى: الاضطرابات الكروموسومية، والاضطرابات الاستقلابية، والاضطرابات النمائية التي تؤثر في تكوين الدماغ، والتأثيرات البيئية.

أ- **الاضطرابات الكروموسومية** Chromosomal Disorders خطى الباحثون -كما ذُكر سابقا- خطوات واسعة باتجاه تحديد الأسباب الجينية المرتبطة بالإعاقة العقلية، التي كانت حصيلتها الكشف عن ألف متلازمة وراثية على الاقل ترتبط بتدني القدرة العقلية (Hodapp & Dylans,2007).

ومن أشهر هذه المتلازمات: متلازمة داون، ومتلازمة كروموسوم (×) الهش، ومتلازمة برادر ويلي، ومتلازمة ويليام. وفي ما يلي توضيح لكل منها:

متلازمة داون Down Syndrome: تنتقل العديد من المتلازمات الجينية وراثيا، وبالرغم من ذلك فإن بعضها لا يُعد بالضرورة اضطرابا وراثيا، فهو لا ينتقل باعتباره صفة وراثية. ومن أكثر هذه المتلازمات شيوعا متلازمة داون التي تنتج أكثر حالاتها شيوعا عن خلل وشذوذ في زوج الكروموسومات رقم 21، الذي يظهر على نحو ثلاثي الكروموسومات في خلايا الإنسان، (الجدير

بالذكر أن عدد الخلايا الطبيعية في الإنسان تحتوي على 23 زوجا من الكروموسومات) وبذلك يصبح عدد الكرموسومات 47 كروموسوم بدلا من 46 كروموسوما (Berine-Smith,Patton, & Kim,2006).

ترتبط متلازمة داون بمدى واسع من الخصائص التي تميزها عن غيرها، وتختلف من حالة إلى أخرى، إذ تعد الخصائص الجسمية الأكثر وضوحا لدى الأطفال ضمن هذه الفئة، التي تتمثل ب: العيون الضيقة ذات الاتجاه العرضي، وقصر الأطراف، وانبساطها، وظهور اللسان خارج الفم، وانخفاض مستوى التوتر العضلي (Hypotonia)، وارتخاء المفاصل، وتمتد هذه المظاهر إلى مشكلات في القلب، وفي الجهاز التنفسي (R.L.Taylor,Richards, & Brady,2005).

وفي ما يتعلق بمستوى التدني في القدرة العقلية لدى أفراد هذه الفئة، الذي يُعد متباينا إلى حد ما، فإن مستوى القدرة العقلية لدى النسبة الغالبة منهم يقع ضمن الفئة المتوسطة على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية.

تزداد احتمالية ولادة طفل لديه متلازمة داون بزيادة عمر الأم، بالإضافة إلى عوامل ومتغيرات أخرى أشارت إليها البحوث، منها عمر الأب، والتعرض للأشعة السينية، والالتهابات الفيروسية، لكن هذه العوامل ما زالت بحاجة للمزيد من البحث والدراسة.

يمكن تشخيص حالات متلازمة داون قبل عملية الولادة وبعدها، إذ تتوافر طرق عده تسهم في الكشف عن الخلل أو الاضطراب أو التشوهات الخلقية لدى الأطفال. ومن أبرز هذه الطرق:

- **فحص السائل الجنيني (Maternal Serum Screening,MSS)**: يتضمن هذا الفحص أخذ عينة من دم الأم، وتحليلها بهدف الكشف عن مؤشرات أولية، تشير إلى احتمالية إصابة الجنين بالشق الشوكي (Spina Befida) ومتلازمة داون، فإذا كانت النتائج إيجابية يمكن بعدها اللجؤ إلى فحوص أكثر دقة، كفحص السائل الأمنيوسي،والفحص المشيمي.

- **فحص السائل الأمنيوسي (Amniocentesis)**: يتم في هذا الفحص أخذ عينة من السائل الأميني المحيط بالجنين، ومن ثم تحليل الخلايا الجنينية، بهدف الكشف عن الاضطرابات الكروموسومية، إذ يمكن من خلال هذا الفحص الكشف عن احتمالية إصابة الجنين بمتلازمة داون أو الشق الشوكي.

متلازمة كروموسوم (×) الهش Fragil X Syndrome تعد من الحالات الوراثية التي تتصف بتدني القدرة العقلية، إذ تعد ثاني أشهر المتلازمات بعد متلازمة داون المسببة للإعاقة العقلية (Pillo-way et al.,2011). تشكل ما نسبته 1 من كل 4.000 حالة من الذكور، و1 من كل 6.000 حالة من الإناث عند ارتباطها بالإعاقة العقلية (Mayer & Batshaw,2001).

ولكن عند ارتباط متلازمة كروموسوم (×) الهش مع صعوبات التعلم، تصل النسبة إلى 1 من كل 2.000 حالة (Hagerman,2001).

تحدث هذه المتلازمة نتيجة خلل في الكروموسوم × في زوج الكروموسومات رقم (23)، سميت بذلك نظرا لكون الإصابة تحدث خللا في الجزء السفلي من الكروموسوم X، الذي يكون تركيبه الجيني في الذكور XY ، وفي الإناث XX، لذلك ترتفع نسبة الإصابة بهذه المتلازمة لدى الذكور أكثر منها لدى الإناث.

يتصف أفراد هذه الفئة بخصائص تميزهم عن غيرهم، وتتمثل هذه الخصائص في: كبر حجم الرأس، والأذن المنبسطة، والوجة الطويل المضيق، والجبهة البارزة، والأنف المستعرض، والذقن المربع، والأيدي الكبيرة. وبالرغم من أن مستوى القدرة العقلية لدى أفراد هذه المتلازمة عادة ما يكون ضمن مستوى الإعاقة العقلية المتوسطة،إلا أن مستوى التدني يبقى متباينا ، فبعض أفراد هذه الفئة يوجد لديهم تدنيا في القدرات العقلية دون الوسط على نحو واضح، في حين يكون بعضهم الآخر ضمن الوسط على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية، وبخاصةً لدى الإناث (Dykens,Hodapp, & Finucane,2000).

متلازمة برادر ويلي Willi Syndrome-Prader تُعد العوامل الوراثية السبب الرئيس المسؤول عن حدوث متلازمة برادر ويلي، إذ ينتقل الخلل الكروموسومي عن طريق الأب، كما ينتقل في بعض الحالات القليلة عن طريق الأم (Percy,Lewkis, & Browm,2007).

تبدو أعراض هذه المتلازمة في مراحل العمر المبكرة، والتي تتمثل في: مشكلات في النوم، والأكل، إذ عادة ما يعاني أفراد هذه الفئة من السمنة التي تعد ذات منشأ وراثي. وإضافة إلى ارتباط السمنة بمشكلات صحية حرجه لدى هؤلاء الأفراد، فإنهم معرضون لخطر الإصابة بالعديد من الأمراض الصحية منها: قصر القامة نتيجة المشكلات الهرمونية، والتشوهات القلبية، واضطرابات النوم مثل انقطاع التنفس أثناء النوم، وانحرافات العمود الفقري وتتباين مستويات القدرة العقلية لدى هؤلاء الأفراد، وعادة ما تكون ضمن مستوى الإعاقة العقلية البسيطة، وقد لا يعاني بعضهم من الإعاقة العقلية (R.L.Taylor et al.,2005).

متلازمة ويليام William Syndrome تنتج هذه المتلازمة عن خلل في زوج الكروموسومات السابع، تتراوح درجة ذكاء أفراد هذه الفئة ضمن المستوى المتوسط (Mervis & Recerra,2007).

تتمثل الأعراض الجسمية لأفراد هذه الفئة في: ملامح وجهية غريبة (Elfin)، واظهار حساسية غير طبيعية للأصوات، واضطرابات في القلب. وبالرغم من احتمالية توارث متلازمة ويليام في العائلة، إلا أنها لا تعد اضطرابا وراثيا على نحو قاطع (Haldeman & Erglert,2008).

2- الاضطرابات الاستقلابية الولادية Inborn Errors of Metabolism: تنتج الاضطرابات الاستقلابية (اضطرابات التمثيل الغذائي) نتيجة خلل وراثي يتمثل في نقص الأنزيم الضروري لاستقلاب بعض المواد في الجسم، مثل:الكربوهيدرات والفيتامينات (Medline Plus,2007).

إن اضطراب الفينل كيتنيوريا PKU يعد من الاضطرابات الاستقلابية التي تتضمن عدم قدرة الجسم على هضم مادة الفينالين إلى تيروسين، ومن ثم تراكمها في الدماغ مسببة حدوث تلف في الخلايا الدماغية. يمكن تشخيص إصابة الطفل بهذا الاضطراب بعمر مبكر، وفي هذه الحالة يُعطى الطفل حمية خاصة، تسهم في منع تطور التلف الدماغي إلى مستوى الإعاقة العقلية، إذ تشمل هذه الحمية الحليب والبيض والمحليات(مادة الاسبارتيم)، فجميع هذه المواد تحتوي على مادة الفينالين. وبالرغم من الجدل حول وقف الحمية في مرحلة الطفولة المتوسطة، إلا أن الاختصاصين يتخوفون من ذلك لسببين: 1) احتمالية معاناة الطفل من صعوبات التعلم بعد وقف الحمية، 2) إزديادخطورة ولادة طفل يعاني من هذا الاضطراب في حال أوقفت الأم المصابه به هذه الحمية.

3- الاضطرابات النمائية لتطورالدماغ Developmental Disorders of Brain Formation هناك العديد من عوامل الخطر التي يمكن أن تؤثر في تكوين الدماغ وتطوره، وتكون سببا في حدوث الإعاقة العقلية، بعضها ينجم عن متلازمات وراثية قد تصاحبها اضطرابات جينية، بينما ينجم بعضها الآخر عن أسباب أخرى مثل الالتهابات.

وتعد حالات صغر الدماغ Microcephaly واستسقاء الدماغ Hydrocephaly من أبرز الاضطرابات النمائية التي تسبب الإعاقة العقلية، ففي حالات صغر الدماغ التي تتمثل بصغر حجم الرأس، والشكل المخروطي، تتروام درجة الإعاقة العقلية بين المستوى الشديد إلى الشديد جدا (National Institute of Neurological Disorders and Stroke,2008).

أما في حالة استسقاء الدماغ، فإنها تحدث نتيجة تراكم سائل النخاع الشوكي داخل الدماغ أو خارجه، ومن ثم كبر حجم الرأس نتيجة تجمع هذه السوائل، مسببة ضغطا شديدا على الخلايا الدماغية، ومن ثم تدني القدرة العقلية، الذي تعتمد شدته على الوقت الذي تم فيه اكتشاف الاضطراب، فكلما كان الوقت مبكرا كان التدخل العلاجي أكثر فاعلية، إذ يتم إجراء عملية جراحية، عن طريق وضع أنبوب لتصريف السائل المتراكم، أو عن طريق إدخال أداة تساعد على تصريف السائل عبر المنطقة المسدودة.

4- تأثيرات البيئية Environmental Influences تشكل بعض المتغيرات البيئية عوامل خطر لحدوث الإعاقة العقلية، وبخاصة إذا تعرضت لها الأم في أثناء فترة الحمل. ومن أبرز هذه العوامل: سوء تغذية الأم الحامل، وعدم تناولها للفيتامينات الأساسية، والتسمم بالمواد الكحولية أو السامة كالكوكايين، والهروين، إذ تعد متلازمة الكحول الجنينية (fetal alcohol spectrum disorders) إحدى حالات الإعاقة العقلية، التي يسببها على نحو رئيس تناول الأم للكحول في أثناء فترة الحمل، وتكون فيها ملامح الطفل الوجهية غير طبيعية، ويظهر عليه التدني في القدرات العقلية والتأخر النمائي العام، إضافة إلى العديد من الاضطرابات.

كما يعد التعرض للأشعة السينية في أثناء فترة الحمل واحدا من عوامل الخطر المرتبطة بحدوث الإعاقة العقلية، وكذلك تعرض الأم للالتهابات التي تؤثر في التطور النمائي لدماغ الجنين ونموه على نحو عام، مؤدية إلى حدوث الإعاقة العقلية، أما الحصبة الألمانية التي قد تصيب الأم الحامل، فيزداد بسببها احتمالية حدوث الإعاقة البصرية، والإعاقة العقلية، وبخاصة إذا حدثت في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل.

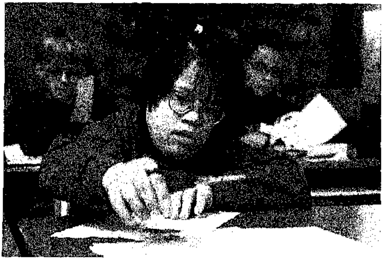
أسباب مرحلة أثناء الولادة Perinatal Causes

تتعدد الأسباب المرتبطة بحدوث الإعاقة العقلية التي تحدث في أثناء مرحلة الولادة ، فوضعية الجنين في الرحم قد تكون سببا في تأخر عملية الولادة، ومن ثم نقص الأكسجين (anoxia) الذي قد يسبب تلفا في الخلايا الدماغية، مؤديا إلى تدني القدرة العقلية للطفل. وتعد أيضا الأمراض المنقولة من الأم إلى الجنين، وانخفاض وزن الجنين الذي يُعبر عنه أحيانا بعدم نضج الجنين من عوامل الخطر المرتبطة بحدوث الإعاقة العقلية. (H.G.Taylor,Klein,Minich, & Hack, 2000).

تتعدد أسباب عدم نضج الجنين، منها، سوء تغذية الأم الحامل، وإساءة استخدام العقاقير، والتدخين، وحمل الأم في عمر مبكر (حمل المراهقة)، كما تزداد احتمالية ولادة أطفال منخفضي الوزن في البيئات الفقيرة.

أسباب مرحلة ما بعد الولادة Postnatal Causes

يمكن أن تحدث الإعاقة العقلية بعد الولادة نتيجة لمجموعتين من الأسباب هي: الأسباب البيولوجية، والأسباب النفسية الاجتماعية:



الأسباب البيولوجية Biological Causes: تتمثل هذه الأسباب في الالتهابات، سوء التغذية، والتسمم، ويعد التهاب السحايا واحدا من عوامل الخطر المرتبطة بحدوث الإعاقة العقلية، إذ يصيب الالتهاب الغشاء المحيط بالدماغ نتيجة لعوامل بكتيرية أو فيروسية، كما يعد التسمم بالأصباغ من عوامل الخطر التي تشمل تلك المواد المضافة إلى الطعام، والمواد الحافظة والألوان الصناعية.

الأسباب النفسية الاجتماعية Psychosocial Causes: يتعرض الأطفال الذين ينشأون في بيئات محرومة وفقيرة، إلى عوامل خطر ترتبط بتدني القدرة العقلية. ويبدو ذلك واضحا في العلاقة القوية

بين تعرض الأطفال إلى إساءة المعاملة (مثل: الرفض والإهمال)، وتدني قدرتهم العقلية. وتزداد هذه الاحتمالية بوجود عوامل خطر أخرى في هذه البيئات، تبدو أقل خطورة من إساءة المعاملة والإهمال، إلا أنها ترتبط بتدني القدرة العقلية. وقد تكون سببا في حدوث الإعاقة العقلية البسيطة، مثل: الحرمان التربوي، وسوء التدريس، وعدم إثراء البيئة التربوية، وغياب البيئة المحفزة، ومحدودية التفاعل البيئي. كما تتصف هذه البيئات بضعف العناية الصحية والطبية، والجهل وعدم الوعي الصحي، وحمل الأمهات في مرحلة المراهقة. ففي دراسة شملت عينة ممثلة لأطفال من أمهات مراهقات، ارتفعت نسبة تعرض بعضهم إلى الإعاقة العقلية البسيطة، وحتى المتوسطة (Champa-man, Scott, & Mason,2002).

بالرغم من أهمية الأسباب البيئية، التي لايمكن إنكارها عند الحديث عن عوامل الخطر المرتبطة بحدوث الإعاقة العقلية، فإن الوراثة ما زالت تؤدي دورا مهما في تفسير أسباب الإعاقات العقلية، وبخاصة بعد ما أشارت إلى ذلك نتائج الدراسات والبحوث الحالية للتوائم المتطابقة وغير المتطابقة، فقد كان مستوى شدة الإعاقة العقلية يتقارب ويتشابه لدى أفراد التوائم المتطابقة بنسبة أعلى مما كان عليه في التوائم غير المتطابقة، ما يزيد من أهمية العامل الوراثي في تفسير الإعاقات العقلية، ومع أنه ساد اعتقاد لسنوات عدة مضت مفاده بأن الأسباب البيئية عادة ما تكون مسؤولة عن حدوث الإعاقات العقلية البسيطة، في حين ترتبط الأسباب البيولوجية والعضوية بحدوث الإعاقات العقلية الشديدة، إلا أنه، وفي الأونة الأخيرة، تغيرت وجهة النظر هذه، وازدادت الشكوك حول قوة ارتباط العلاقة بين المتلازمات الوراثية والإعاقات العقلية البسيطة (Dykens et al.,2000; Hodapp & Dykens,2007; Polloway,Smith, & Antoine, 2010).

آلية التعرف على الإعاقة العقلية Identification:

يتضمن تحديد أهلية الفرد لتلقي خدمات التربية الخاصة المتعلقة بالإعاقة العقلية مجالين أساسين: نتائج اختبارات الذكاء ، ومستوى القصور في السلوك التكيفي.

اختبارات الذكاء Intellgence Tests:

طُورت العديد من اختبارات الذكاء الفردية والجماعية، إلا أن الاختصاصين يفضلون استخدام اختبارات الذكاء الفردية، نظرا لدقتها وقدرتها على التنبؤ بقدرات الفرد العقلية، على نحو أفضل من الاختبارات الجماعية، وتحديدا عند الحاجة لتحديد أهلية الفرد لتلقي خدمات التربية الخاصة. ويعد اختبار وكسلر لذكاء الأطفال (WISC,2003) من أكثر الاختبارات شيوعا والذي يمكن من خلاله الحصول على درجة كلية تعبر عن ذكاء الفرد العام، وكذلك على أربع درجات فرعية تمثل: الاستيعاب اللفظي، والإدراك المنطقي، والذاكرة العاملة، وسرعة معالجة المعلومات.

وبمقارنة اختبار وكسلر لذكاء الأطفال مع الاختبارات الأخرى، فإنه يعد من أكثر الاختبارات مصداقية، نظرا لقدرته على قياس ما وضع لأجله. وتبدو هذه المصداقية على نحو أوضح عند ذكر

العلاقة الايجابية بين نتائج الأداء على هذا الاختبار والتحصيل الأكاديمي. ومع ذلك فإنه من الحكمة الاحتفاظ بقدر من الحذر عند تفسير نتائج اختبارات الذكاء، وذلك لأسباب عدة، أهمها : (Whitaker,2008)

- تباين درجات ذكاء الأفراد من اختبار لآخر.
- التحيز الثقافي لبعض اختبارات الذكاء.
- صعوبة قياس درجات ذكاء الأطفال في المراحل العمرية المبكرة ، مما يجعل نتائج الأداء على الاختبارات مشكوكا فيها.
- لايمكن الاعتماد على درجة الذكاء وحدها لتمثيل قدرة الفرد على تأدية وظائفه في الحياة اليومية، إذ لا تعني درجة الذكاء المرتفعة بالضرورة، قدرة الفرد على تحقيق المتطلبات الاجتماعية بكفاية، والعكس صحيح أيضا.

السلوك التكيفي Adaptive Behavior:

لتقييم مستوى القصور في مهارات السلوك التكيفي لدى الأفراد المشكوك بمستوى قدرتهم العقلية، يتم الاعتماد على الأهل أو على مقدمي الرعاية الأولية، والمعلمين لتطبيق مقاييس السلوك التكيفي، والتي تقيس قدرة الفرد على تأدية وظائفه في الحياة اليومية في مجالات عدة وعلى نحو مستقل.

الخصائص السلوكية والنفسية للأفراد ذوي الإعاقة العقلية:

تبدو المظاهر الأساسية للإعاقة العقلية في قصور الأفراد ذوي الإعاقة العقلية على الانتباه، والتذكر، واللغة، والتنظيم الذاتي، والدافعية، والتطور الاجتماعي. في حين تتباين مستويات القصور في هذه المهارات باختلاف شدة الإعاقة العقلية والأفراد أنفسهم.

الانتباه: يؤدي الانتباه دورا مهما في التعلم، فعلى الفرد الانتباه الجيد لتحقيق أداء وتعلم مناسبين، ويتمثل ذلك في قدرته الفرد ذي الإعاقة العقلية على تحديد المثيرات المهمة وذات العلاقة، واستبعاد المثيرات غير ذات العلاقة، الذي يعبر عنه بالانتباه الانتقائي. ونتيجة لقصور مستوى الانتباه لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية، وعدم قدرتهم على الانتباه المناسب للمثيرات ذات العلاقة، يصبح من المتوقع أن يجد هؤلاء الأفراد صعوبة في التعلم، واكتساب المعارف والمهارات المختلفة.

الذاكرة: إذ يواجه الأفراد ذوو الإعاقة العقلية صعوبات في الذاكرة على نحو عام، وتزداد هذه الصعوبات في الذاكرة العاملة (Conners,2003;Vander Molen,2007). ويقصد بالذاكرة العاملة، قدرة الفرد على الاحتفاظ بالمعلومات ذات العلاقة في الوقت الذي يقوم فيه الفرد بتأدية مهمة معرفية أخرى، فمثلا: محاولة تتبع عنوان ما في الوقت الذي يتم فيه استقبال معلومات حول كيفية الذهاب لذلك العنوان.

الاستيعاب: إذ يعاني جميع الأفراد ذي الإعاقة العقلية على نحو عام من صعوبات في الاستيعاب والانتاج اللغوي التي تتباين وتختلف باختلاف نوع الإعاقة العقلية وسببها (Abbeduto,Keller - Bell,Richmond, & Murphy,2006).

التنظيم الذاتي: وهو مفهوم عام يتعلق بقدرة الفرد على تنظيم سلوكه، إذ يواجه الأفراد ذوو الإعاقة العقلية صعوبات في المهارات ما وراء المعرفية، المرتبطة بقدرة الفرد على تنظيم سلوكه(Beb-ko & Luhaorg, 1998).

المهارات ماوراء المعرفية: وتشمل وعي الفرد للاستراتيجيات الأساسية لتأدية مهمة ما، والقدرة على التخطيط حول كيفية استخدام الاستراتيجيات، وتقييم فاعلية استخدامها. وبذلك، فإن مهارات التنظيم الذاتي هي جزء من المهارات ما وراء المعرفية.

الدافعية: تمثل مشكلات الدافعية العنصر الرئيس في فهم وتفسير سلوك الأفراد ذوي الإعاقة العقلية(Swithsky, 2006). إن الفشل والإحباط المتكرر الذي يتعرض له الأفراد ذوو الإعاقة العقلية، يجعلهم يعتقدون بقدرتهم المحدوده فقط في التحكم في مسار أنشطتهم وتصرفاتهم، لذلك يزداد اعتمادهم على المصادر الخارجية في توجيه دافعيتهم وزيادتها.

المهارات الاجتماعية: يظهر الأفراد ذوو الإعاقة العقلية مجموعة متباينة من الخصائص الاجتماعية، فبالإضافة إلى عدم قدرتهم على تكوين صداقات بسبب سلوكهم غير المناسب، فإنهم عادة ما يفشلون في الاستجابه، على نحو ملائم، للمواقف الاجتماعية، ويكونون وغير واعين لها (Snell et al.,2009).

وتعد سهولة خداع (Gullibility) الأفراد ذوي الإعاقة العقلية من جانب الآخرين، من أكثر المشكلات الاجتماعية التي يتعرضون لها، إذ يميلون لتصديق الآخرين، دون أن يدركوا ما تتضمنه تصرفات الآخرين من خداع (Greenspan, Loughlin, & Black, 2001,P.102).

الأنماط السلوكية للمتلازمات الوراثية Genetic Syndrome and Behavioral Phenotypes

بالرغم من أن الخصائص السلوكية للأفراد ذوي الإعاقة العقلية لم تحظ بكثير من الاهتمام في ما مضى، إلا أن نتائج البحوث والدراسات الحالية تشير إلى وجود أنماط وخصائص سلوكية محددة ترتبط مع بعض المتلازمات الوراثية. وتتمثل هذه الأنماط بوضوح في المتلازمات الأكثر شيوعا

وارتباطا بالإعاقة العقلية التي تم ذكرها سابقا وهي : متلازمة داون، متلازمة ويليام، متلازمة كروموسوم (×) الهش، ومتلازمة برادر ويلي. والجدول رقم (1) يوضح ذلك.

الجدول رقم (1) الأنماط السلوكية لبعض المتلازمات الوراثية

المتلازمة الوراثية	نقاط الضعف	نقاط القوة
متلازمة داون	-اللغة الاستقبالية والتعبيرية. -مشكلات في فهم التعبيرات الوجهية. - القصور في المهارات المعرفية يزداد مع تقدم العمر. - ترتبط مع الزهايمر المبكر.	-الذاكرة قصيرة المدى. - مهارات الإدراك البصري.
متلازمة ويليام	- قصور في مهارات الإدراك الفراغي - المهارات الحركية الدقيقة. - القلق والمخاوف المرضية. - ودود على نحو مفرط. - مشكلات في المهارات الاجتماعية	- اللغة التعبيرية، الحصيلة اللغوية. - الذاكرة اللفظية وقصيرة المدى. - فهم التعابير الوجهية. - ذاكرة الإدراك الوجهي. - الاهتمامات الموسيقية.
متلازمة كروموسوم (×) الهش	- الذاكرة قصيرة المدى. - أنماط كلامية، وقرائية متكررة. - قلق وانسحاب اجتماعي.	- اللغة الاستقبالية والتعبيرية. - الذاكرة طويلة المدى. - السلوك التكيفي.
متلازمة برادر ويلي	- الإدراك السمعي. - مهارات تناول الطعام. - الشراهة والسمنة في مرحلة الرشد تحديدا. - مشكلات النوم. - سلوك قهري ووسواسي.	- درجة الذكاء أقرب للوسط - العمليات البصرية

الاعتبارات التربوية:

تتباين، على نحو عام، البرامج التربوية المقدمة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، ويعتمد ذلك على شدة الإعاقة العقلية، ومستوى الحاجة إلى الدعم. ففي حالات الإعاقة العقلية البسيطة، على سبيل المثال، يزداد التركيز على أهمية تضمين المهارات الأكاديمية في المنهاج، بينما تؤكد المناهج المقدمة للأفراد ذوي الإعاقة العقلية الشديدة على أهمية مهارات السلوك التكيفي، المتمثلة في: مهارات العناية بالذات، والمهارات المجتمعية، والمهارات المهنية. ومع ذلك فإنه من الناحية العملية لا يمكن إنكار أهمية كلا المجالين: الأكاديمي، والعملي عند إعداد البرامج التربوية لذوي الإعاقة العقلية بصرف النظر عن شدة الإعاقة.

يعد التحاق الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بمدارس التعليم العام، من أهم القضايا التي تؤرق المتخصصين في ميدان التربية الخاصة، لاسيما مع فرض التشريعات التي تنص على ضرورة دمجهم

في المدارس العامة. ويظهر الجدل نتيجة ما تقتضيه الموازنة بين حاجة هؤلاء الطلبة إلى تعلّم المهارات الوظيفية، وحقهم في تلقي التعليم في مدارس التربية العامة، ويزداد هذا الجدل بازدياد شدة الإعاقة العقلية، لذلك يوصي بعض المتخصصين بضرورة الدمج بين المهارات الوظيفية ومعايير المناهج العامة.

لقد تم التعبير عن دمج المهارات الوظيفية والمهارات الأكاديمية تحت مسمى التعليم الأكاديمي الوظيفي، أي تعليم المهارات الأكاديمية ضمن السياق الطبيعي لمهارات الحياة اليومية، فعند تعليم القراءة للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، على سبيل المثال، ينصب التركيز على إكساب الطفل القدرة على قراءة الموضوعات ذات العلاقة بالوصول إلى استقلالية الفرد، أي قدرة الطفل على قراءة عنوان ما يحتاج للذهاب إليه، قراءة دليل الهواتف، أو نموذج توظيف.

ويعد التدريس المنظم systematic Instruction والتدريس في البيئة الطبيعية Instruction in Real - Life Setting من أهم ما تتضمنه البرامج التربوية للأفراد ذوي الإعاقة العقلية، وتحديدا الأفراد ذوي الإعاقات العقلية الشديدة.

التدريس المنظم Systematic Instruction:

يتضمن التدريس الفعال للطلبة ذوي الإعاقة العقلية، استخدام استراتيجيات التدريس المنظم. المتمثلة في التلقين التعليمي، واستخدام التعزيز والمكافآت، واستراتيجيات نقل أثر التعلم (Davis & Cuvo,1997). يحتاج الأطفال ذوو الإعاقة العقلية إلى التلقين على نحو معتاد لإحداث الاستجابة والأداء المناسب. ويتحدد التلقين في ثلاثة أنواع: التلقين اللفظي، والإيمائي، والتلقين الجسدي. وأحيانا يلجأ المعلم إلى استخدام النمذجة بوصفها وسيلة لإكساب الطفل السلوك المناسب (Davis & Cuvo,1997).

قد يكون التلقين اللفظي على هيئة سؤال مثلا: كأن تقول للطفل "ما هي الخطوة التالية؟" أو على هيئة تعليمات وأوامر، مثل: "ضع جوربك في الدرج الأول". أما التلقين الإيمائي، فيتلقى فيه الطفل المساعدة عن طريق الإشارة، كأن يشير المعلم إلى الجارور ليضع الطفل جوربه فيه، لكن إذا ما قام المعلم بمسك يد الطفل ومساعدته على وضع

الجورب جسديا، فإن هذا يمثل التلقين الجسدي، أما في حالة النمذجة، فيقوم المعلم بنمذجة السلوك أمام الطفل اي أخذ الجورب ووضعه داخل الدرج، ثم الطلب من الطفل القيام بذلك.

وتعد المكافآت والتعزيز العنصر الثاني من عناصر التدريس المنظم،إذ أشارت العديد من نتائج البحوث والدراسات إلى أن تدريس الطلبة ذوي الإعاقة العقلية يكون أكثر فاعلية وأسرع، إذا ما قام المدرس بالتعزيز الفوري الايجابي بعد قيام الطفل بالسوك المناسب. وتزداد فاعلية المعززات كلما قُدمت على نحو فوري ومباشر بعد قيام الطفل بالسلوك، وتتنوع هذه المعززات فهي ربما تكون معززات مادية أو معززات رمزية.

ويتركز هدف التربويين على تقليل اعتماد الطفل على المعززات الخارجية إلى أقصى درجة ممكنة، وذلك بعد التحقق من قدرة الطفل على القيام بالسلوك المرغوب على نحو مؤكد وثابت، بهدف تمكين الطفل من تأدية السلوك المرغوب فيه باستقلالية، ودون الحاجة للاعتماد على أي نوع من المساعدة أو التلقين أو المعززات. لذلك يلجأ التربويون إلى إعتماد العديد من الاستراتيجيات التي تسهم في نقل أثر التعلم، ومساعدة الطفل على القيام بالسلوك المرغوب فيه في البيئة الطبيعية (Kaiser & Grim,2006).

التدريس في البيئة الطبيعية Instruction in Real - Life Setting:

تتحدد بيئات التدريس للطلبة، في بيئة صفية مضبوطة المتغيرات والأدوات، أو في مواقف طبيعية. وتشير البحوث إلى أن تدريس الطلبة ذوي الإعاقة العقلية مهارات الحياة اليومية يكون أكثر فاعلية عندما يتم في ظروف ومواقف حقيقية، تمثل البيئة الطبيعية للمهارة التي سوف يستخدمها الطفل (McDonnell,2011).

ونتيجة لسهولة تدريس المهارات في البيئة الصفية مقارنة مع البيئة الطبيعية، يميل المعلمون إلى البدء بتدريس المهارات في غرفة الصف، ومن ثم الانتقال إلى البيئة المتوقع أن يؤدي فيها الطفل المهارة المكتسبة.

فمثلا عند تدريس الطلبة ذوي الإعاقة العقلية بعض المهارات المهنية، يمكن البدء في تدريس هذه المهارات في الغرفة الصفية أو الموقع التدريبي، بحيث يقوم المعلم والمدرب بإعداد الأدوات واستخدام الصور وعرض الشرائح التي تمثل أنشطة التسوق

المختلفة (Morse & Schuster, 2000). ومن ثم يدعم المعلم هذه الأنشطة عن طريق الزيارات الدورية لمحلات تجارية، والعمل على تأدية المهارات المهنية التي سبق أن تعلمها الطفل في البيئة الصفية، وممارستها في المواقف الفعلية والحقيقية للمهارة المهنية.

البدائل التربوية:

تتراوح البدائل التربوية المقدمة للأفراد ذوي الإعاقات العقلية من المدرسة العادية إلى مراكز الإقامة الداخلية. وبالرغم من أن التدريس في الصف الخاص يُعد النموذج الأكثر شيوعا لتعليم الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، إلا أنه قد ازدادت في الأونة الآخيرة أعداد الطلبة ذوي الإعاقة العقلية الذين يتلقون تعليمهم في صفوف دمج، ويختلف نوع هذا الدمج باختلاف شدة الإعاقة العقلية، لذلك يحظى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية الأقل شدة، بفرص دمج أكثر من ذوي الإعاقة العقلية الشديدة، ويحظى بعضهم أيضا بفرص تلقي تعليمهم في الصفوف العادية، وذلك بعد تكييف البيئة الصفية وتعديلها، وتقديم خدمات الدعم الأساسية التي تفرضها حاجات الطالب ذي الإعاقة العقلية الشديدة. ويشير الباحثون، ضمن سياق الدمج في الصفوف العادية، إلى أهمية تدريس الأقران Peer tutoring الذي يُعد من التكنيكات ذات الفاعلية التي تسهم بنجاح في دمج الطلبة ذوي الإعاقة العقلية في الصفوف العادية (Dequadri et al.,1983; Greenwood,1991).

وبالرغم من عدم تأييد بعض الجهات المختصة وبعض الباحثين الدمج الشامل من الناحية العملية، إلا أن جميعهم يتفقون على أن البديل الذي يتضمن تعليمهم في أماكن خاصة بهم فقط لا تتيح فرص التفاعل مع الأطفال العاديين ولا تُعد بديلا ملائما، والقليل فقط ما زال يعتقد أن مؤسسات الإقامة الداخلية تعد بديلا تربويا مناسبا. وعند بدء حركة معاداة الإيواء (Deinstitutionalization) والتي بدأت في العام 1960، انخفضت أعداد الأفراد ذوي الإعاقات العقلية الذين يقيمون في مؤسسات الإقامة الداخلية على نحو مطرد، وبذلك قلت أعداد هذه المؤسسات أيضا إلى ما نسبته 20% في العام 1970 (Scott,Lakin, & Larson,2008).

ولضمان نجاح دمج الطلبة ذوي الإعاقة العقلية في الصفوف العادية، فإنه من المهم على اختصاصي التربية العامة، واختصاصي التربية الخاصة التعاون والعمل بروح الفريق للتخطيط والتدريس على نحو فعال في المدرسة العادية، وإلا ستكون نتائج الدمج سلبية للأفراد ذوي الإعاقة العقلية، وتزيد من تجاهلهم وعزلهم بدلا من عمل العكس (Garter,Hughes,Guth, & Cope-land,2005;Kemp & Gater,2006). وإن هذا التخطيط الفعال يتضمن تهيئة وإعداد الأقران بوصفهم رفقاء للطلبة ذوي الإعاقة العقلية، والعمل على تطوير اتجاهاتهم على نحو إيجابي نحوهم، ما يسهم في زيادة تفاعلهم معهم (Garter et al.,2005).

تقييم مستوى التقدم Assessment of Progress:

يتمركز تقييم مستوى التحسن والتقدم للأفراد ذوي الإعاقة العقلية، حول ثلاثة مجالات أساسية هي: المهارات الأكاديمية، ومهارات السلوك التكيفي، ونوعية الحياة للأفراد ذوي الإعاقة العقلية. وفي

ما يتعلق بتقييم المهارات الأكاديمية، فيمكن اعتماد تلك الطرق المستخدمة مع فئات التربية الخاصة الأخرى، مثل طرق التقييم المبنية على المنهاج (curriculum-based measurement)، كما يمكن استخدام الاختبارات الأكاديمية المقننة، مع ضرورة الأخذ بالاعتبار أن بعض هذه الاختبارات بحاجة إلى تكييف وتعديل، بحيث يمكن تطبيقها على الأفراد ذوي الإعاقة العقلية.

تقييم السلوك التكيفي Adaptive Behavior Assessment :

يرتبط تقييم القصور في السلوك التكيفي للأفراد ذوي الإعاقة العقلية مع برامج التدخل التربوية على نحو مباشر. وعليه، تستند الخدمات المقدمة لهؤلاء الأفراد إلى بيانات التقييم التي جُمعت عن طريق المقابلات، والملاحظة السلوكية، والتقارير الذاتية، والاختبارات، ما يسمح بمتابعة مستوى التقدم في هذه المهارات بعد إكسابها للطفل (Harrison & Boney,2002).

يعتمد الاختصاصيون في تقييم مهارات السلوك التكيفي الطرق غير المباشرة، وذلك عن طريق مقدر سلوك ممن له صلة قوية وقريبة مع الطفل، مثل: الوالدين، أو المعلمين، أو مقدم الرعاية الأولية. ويعد مقياس فاينلند للسلوك التكيفي في طبعته الثانية، الذي طوره كل من سبارو، وسيشتي، وبالا (Vineland-II;Sparow,Chicchetti, & Balla,2005)، من أكثر المقاييس المقننة شيوعا، التي تقيس مهارات السلوك التكيفي من عمر الميلاد وحتى 18 سنة. إذ يتضمن المقياس مجالات عدة: التواصل، ومهارات الحياة اليومية، والمهارات المجتمعية، المهارات الحركية، والسلوك اللاتكيفي.

تقييم نوعية الحياة Assessment of Quality of Life :

ارتبطت اهتمامات الباحثين بتطوير مهارات تقريرالمصير لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية، بأهمية تقييم نوعية الحياة لديهم، الذي يعد تحديا للمتخصصين، نظرا لعلاقته بمتغيرات ثقافية وفردية، يترتب عليها اختلاف إدراك الأفراد حول مفهوم نوعية الحياة ومعناها لديهم (Brown & Brown,2005;Cummins,2005a).

وتبعا لذلك، فإن طرق التقييم لنوعية الحياة تتطلب كلا من الطرق الموضوعية وغير الموضوعية، بحيث تتيح الفرصة لفهم إدراكات المجتمع لمفهوم نوعية الحياة، ومستوى الرضا المدرك. ويعد مقياس نوعية الحياة الذي طوره شالوك وكيث (QOL-Q;Schalock & Keith,1993)، من المقاييس الشائعة الاستخدام في تقييم نوعية الحياة ومستوى الرضا عن الحياة لدى الأفراد المراهقين والراشدين ذوي الإعاقة العقلية، يقيس المقياس خمسة عوامل هي: الرضا، والصحة النفسية، والانتماء الاجتماعي، والوجود، والتمكين (Schalock et al.,2002).

كما تتوافر قائمة شطب لخبرات الحياة، طورها آجر (Life Experience Check-list,LEC;Ager,1990) ، يهدف المقياس إلى تقييم الدرجة التي يؤدي فيها الفرد ذو الإعاقة العقلية خبراته الحياتيه في خمسة مجالات هي: المنزل، والعلاقات، والحرية، ووقت الفراغ والترفيه، والتعزيز والتدعيم الذاتي (Cummins,2005b).

الاعتبارات المتعلقة بعملية القياس:

يتضمن استخدام الاختبارات المقننة لتقييم الأفراد ذوي الإعاقة العقلية، مراعاة تعديلات عدة تضمن الموضوعية في استخدام نتائج هذه الاختبارات مع الأفراد ذوي الإعاقة العقلية، تشمل هذه التعديلات: جدولة مواعيد التقييم، وطريقة تنفيذ التقييم، ونموذج ونوع الإجابة المتوقع من المفحوص.

ففيما يتعلق بجدولة مواعيد التقييم، فإنه يفضل تجزئة أوقات التقييم عند تقييم الأفراد ذوي الإعاقة العقلية عبر فترات زمنية مختلفة، وذلك مراعاة لمستوى القدرات العقلية ومستوى الانتباه والقدرة على متابعة تعليمات التطبيق وتنفيذها.

أما طريقة تنفيذ التقييم، فتشمل تلك التعديلات في تعليمات التطبيق بحيث يمكن للمفحوص ذي الإعاقة العقلية فهم ما هو مطلوب منه، وفي حالة تعديلات نموذج الإجابة (الطريقة التي يجيب فيها المفحوص)، التي تزداد الحاجة لها إذا كان المفحوص من ذوي الإعاقات المتعددة، ما يستدعي الحاجة إلى معينات سمعية مثلا في حالة الإعاقة السمعية، أو معينات مادية في حالة الإعاقة الجسمية.

هناك العديد من التعديلات التي يمكن استخدامها بحيث تصبح الاختبارات المقننة، ملائمة للتطبيق على الأفراد ذوي الإعاقة العقلية، ومع ذلك، وفي كثير من الأحيان، لا تسهم هذه الاختبارات في الحصول على المعلومات الكافية حول قدرات االمفحوص، ما يستدعي الحاجة إلى طرق بديلة لتقييم المهارات التي لا يمكن قياسها بالطرق التقليدية، مثل: المهارات المهنية، ومهارات الوظائف الحياتية المختلفة، التي يتطلب تقييمها ظروفا زمانية ومكانية مختلفة ومتنوعة (Yesseldyke & Ol-sen,1999). لذلك تشمل طرق التقييم البديل كلا من: الملاحظة السلوكية المباشرة، وقوائم الشطب والتقاريرالمختلفة، وطرق التقييم المبنية على المنهاج، وجميعها تسهم في تقييم المهارات الأكاديمية، والمهارات الوظيفية المختلفة، ومهارات التواصل، والمهارات الحياتية والمهارات المهنية (Spinell,2006).

التدخل المبكر:

لانتقال لمرحلة الرشد Transition to Adulthood:

تزداد أهمية المهارات المهنية والاجتماعية والمهارات الأكاديمية الوظيفية، في منهاج الطلبة ذوي الإعاقة العقلية في المراحل العمرية الكبيرة (المرحلة الثانوية). وبالرغم من تأكيد الباحثين على أهمية البرامج الانتقالية في المراحل العمرية الكبيرة، إلا أنهم يشيرون إلى ضرورة البدء بتقديمها في المراحل العمرية المبكرة.

تقرير المصير Self - Determination:

إن مساعدة الأفراد ذوي الإعاقة العقلية على تحقيق أقصى درجات تقرير مصيرهم، يعد من الأهداف الرئيسة للبرامج الانتقالية. ويقصد بتقرير المصير: قدرة الفرد على إدارة نفسه على نحو يعبر فيه عن سلوكه المستقل، والتنظيم الذاتي، والتمكين النفسي، والوعي الذاتي لتصرفاته وأفعاله (Wehmeyer & Mithaug,2006). ويقصد بذلك:

السلوك المستقل (Acting Autonomously): قدرة الفرد على التصرف وفق قراراته الذاتية من غير الحاجة إلى الاعتماد على الآخرين.

التنظيم الذاتي (Self- Regulation): قدرة الفرد على تقييم سلوكه ومراجعته.

التمكين النفسي (Psychological Empowered): وهو مدى اعتقاد الفرد بقدرته على السيطرة على الأحداث المحيطة به، وقدرته على تحقيق المخرجات المرغوبة.

الوعي الذاتي (Self - Realization): ويتضمن معرفة الفرد ووعيه بأفعاله، وقبوله لنقاط قوته وضعفه، وقدرته على توظيف ذلك في تحقيق أهدافه.

يفترض بعض الأفراد أن مهارات تقرير المصير ستتطور وتنمو على نحو تلقائي لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية، إلا أن الدراسة المستمرة والمعرفة السابقة بهؤلاء الأفراد، تشير إلى عدم قدرتهم على تقرير مصيرهم. ونتيجة لذلك سعى العديد من الباحثين والمتخصصين إلى البحث عن الطرق التي تسهم في تدعيم مهارات تقرير المصير وتطويرها، لدى الافراد ذوي الإعاقة العقلية (e.g.,Wehmeyer, Garner, Yeager, Lawrence, & Davis, 2006; Wehmeyer, Palmer, Agron, Mithaug & Martin, 2000).

وما زالت هناك حاجة لمزيد من الأبحاث التي تهدف إلى التوصل إلى أفضل الطرق لتطوير مهارات تقرير المصير وتدعيمها لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية، ومعرفة العوامل التي تتأثر فيها، إذ تعد الثقافة التي ينتمي إليها الفرد من أهم الاعتبارات التي وفقا لها قد تختلف مضامين تقرير المصير، وتحديدا في ما يتعلق بتنشئة الأبناء على السلوك المستقل، فتتباين الثقافات من أسر تشجع أبناءها على السلوك المستقل، إلى أسر قد ترفض ذلك (Ruda, Monzo, Shapiro, Gomez, & Blader, 2005)

يرتبط مفهوم تقرير المصير لدى الأفراد ذوي الإعاقة العقلية بعدد من القضايا الجدلية أهمها، ما مدى قدرة الفرد ذي الإعاقة العقلية على اكتساب مهارات تقرير المصير المتعلقة باتخاذ القرارات بأنفسهم، وكذلك حقوق هؤلاء الأفراد في إنجاب الأطفال، وبخاصة بعدما أشارت إليه نتائج بعض البحوث من وجود مشكلات حرجة في ما يتعلق بقدرتهم على تربية الأبناء، في حين تقترح بحوث أخرى أنه من خلال التدريب المكثف والمستمر يمكن للوالدين من ذوي الإعاقة العقلية القدرة على اكتساب بعض مهارات التنشئة المتعلقة بتربية أبنائهم (Kazdin,n.d, Tym-chuk,2006;Wade,Lewellyn, & Mathews,2008).

البرامج الانتقالية:

تتضمن البرامج الانتقالية للأفراد ذوي الإعاقة العقلية مجالين رئيسين هما: التجهيزات المجتمعية، والتشغيل.

التجهيزات المجتمعية:

يتطلب تعايش الأفراد ذوي الإعاقة العقلية مع المجتمع، امتلاكهم للعديد من المهارات التي تندرج ضمن مهارات المساعدة الذاتية، التي من أبرزها: مهارات التعامل مع النقود، واستخدام المواصلات

العامة، ومهارات العناية الذاتية. كما أنهم يحتاجون إلى تدريب على المهارات الاجتماعية الأساسية للتفاعل مع الآخرين في المجتمع. وعلى نحو عام، أشارت نتائج البحوث إلى أن تدريب الأفراد ذوي الإعاقة العقلية على المهارات المجتمعية،يسهم في نجاح تفاعلهم الاجتماعي داخل المجتمع، وبخاصة إذا ما تم التدريب في المواقف المجتمعية الطبيعية. كما تقترح بعض التوجهات الحديثة تأسيس تسهيلات سكنية صغيره (تمثل عناصر المجتمع المحلي) يمكن للأفراد ذوي الإعاقة العقلية العيش فيها، التي تهدف إلى إكسابهم أقصى درجات الاستقلالية (Lakin, Prouty, & Concouvanis, 2006; Prouty, Concouvanis & Lakin, 2007).

تشغيل الأفراد ذوي الإعاقة العقلية:

نسبة قليلة فقط من الأفراد ذوي الإعاقة العقلية الذين تمكنوا من الالتحاق بمهنة أو عمل في مرحلة الرشد، إذ يشير الباحثون إلى أهمية التدريب الملائم بهدف التشغيل للأفراد ذوي الإعاقة العقلية، وأنه يمكن لهؤلاء الأفراد العمل في سوق العمل المحلية (McDonnell,Hardman, & McDonnell,2003).

إن التحاق الأفراد ذوي الإعاقة العقلية بالعمل، يتضمن نوعين من الترتيبات المهنية المختلفة: ورش العمل المحمية، والعمل التنافسي المدعوم.

ورش العمل المحمية A Sheltered Workshop:

يتصف هذا النوع من العمل بتوافر بيئة عمل مصممة، بحيث يتلقى فيها الفرد التدريب الملائم للعمل مع غيره من الأفراد من ذوي الإعاقة العقلية في مهن وأعمال تتطلب مهارات بسيطة، يمكن لهم القيام بها بعد تلقي التدريب الملائم. وبالرغم من أن هذا النوع من التشغيل ما زال المفضل لدى العديد من المتخصصين (Winson & Buterworth,2008)، يعبر البعض الآخر عن عدم رضاه عن هذا النوع من العمل. ويفسرون ذلك بعدد من الانتقادات تتمثل في:

- أن هذا النوع من العمل لا يتضمن تفاعل الأفراد ذوي الإعاقة العقلية مع غيرهم من العاملين غير المعوقين الذين يعملون في سوق العمل المحلية.
- يقتصر تدريب الأفراد في هذا النوع من العمل على خبرات تدريبية محدودة، في الوقت الذي يتطلب فيه العمل في أي مهنة العديد من الخبرات المتنوعة.

التشغيل التنافسي المدعوم Supported Competitive Employment:

يحظى الفرد ذو الإعاقة العقلية في هذا النوع من التشغيل، بفرص للتفاعل والتنافس مع أفراد آخرين ليسوا من ذوي الإعاقة، لكنه يتلقى دعما مستمرا من جانب مدرب متخصص. ومع أن نتائج الدراسات تشير إلى فاعلية هذا النوع من التشغيل بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة العقلية، وتحديدا البسيطة، إلا أنه ما زالت هناك حاجة لبحوث لدراسة فاعلية هذا النوع من التشغيل وجدواه (McDonnell et al., 2003).

وبمقارنة هذا النوع من التشغيل مع ورش العمل المحمية، يتميز العمل التنافسي المدعوم بارتباطه بمضامين وفلسفة تقرير المصير التي تتحقق بازدياد استقلالية الفرد.

التشغيل الخاص Customized Employment:

يعتمد هذا النوع من التشغيل على نقاط القوة والضعف والاهتمامات للفرد ذي الإعاقة العقلية (Inge & Moon,2011). يشبه هذا النوع من التشغيل العمل التنافسي المدعوم، إلا أنه يختلف عنه في كونه ينطلق من نقاط القوة والضعف للفرد. يبدو أن هذا النوع من العمل للوهلة الأولى مستحيل، كونه يفترض قيام الفرد ذي الاعاقة العقلية بالعمل على نحو مستقل وتام، وفي الواقع يصعب القيام بالعمل دون الحاجة لأشخاص آخرين يقومون بمهمات مختلفة، وبتوافر الدعم المناسب للأفراد ذوي الإعاقة العقلية من هؤلاء الأشخاص الذين يمثلون كل من: أفراد الأسره، ومدرب العمل، والعاملين الآخرين، يمكن للأفراد ذوي الإعاقة العقلية العمل وأداء المهمات المهنية المختلفة.

توجهات مستقبلية

يبدو أن التحاق الفرد ذي الإعاقة العقلية بالعمل غير مشجع في الوقت الحالي، إلا أن هناك أسباب عدة لنكون أكثر تفاؤلا، إذ إن قدرة الأفراد ذوي الإعاقة العقلية على الإنتاج يمكن تطويرها، كما يمكن إكسابهم العديد من المهارات المهنية. وبتوافر الدعم المناسب، وإجراء الترتيبات البيئية، وبتحقيق التخطيط الفعال للبرامج الانتقالية، ولتعاون الأهل والمتخصصين وأفراد المجتمع، جميع ذلك يسهم في مساعدة الأفراد ذوي الإعاقة العقلية على الالتحاق بسوق العمل، وتحقيق الاستقلالية المهنية إلى حد ما.

ملخص الفصل (SUMMARY):

- ظهور مصطلح الاعاقات العقلية.
- يُستخدم مصطلح الاعاقات العقلية والنمائية للإشارة للأفراد الذين كانوا يوصفون في الماضي بالمتخلفين عقليا "Mentally Retarded".
- إن التوجه نحو تغيير مصطلح التخلف العقلي إلى الاعاقة العقلية يعود بالدرجة الأولى إلى النقد الموجه لكلمة " التخلف" تحديدا على افتراض أنها تحمل معنى ضمني للإهانة والسخرية.
- تعريف الاعاقة العقلية.
- عرّفت الجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية والنمائية الإعاقة العقلية بأنها " القصور الوظيفي الذي يظهر قبل سن 18 سنة، ويتضح من خلال التدني الواضح في كل من القدرة العقلية وفي مهارات السلوك التكيفي المفاهيمية، والاجتماعية، والعملية ".
- ينطوي تعريف الاعاقة العقلية على قضيتين رئيسيتين، هما:

- يجب أن يصاحب التدني في القدرة العقلية قصورا في السلوك التكيفي لتشخيص الإعاقة العقلية.

- وفقا للتعريف فإن الفرد المشخص بالإعاقة العقلية يمكن أن يحقق تقدما ملحوظا في مهارات نمائية مختلفة.

- العديد من المعنيين في المؤسسات المختلفة يعتمدون التصنيف التالي للإعاقة العقلية: الاعاقة العقلية البسيطة (تتراوح درجة الذكاء من 50-70)، المتوسطة (من 50-35)،الشديدة (من 35-20)، الشديدة جداً (أقل من 20 درجة).

نسبة انتشار الاعاقة العقلية.

وفقا للأساس الإحصائي النظري واعتمادا عل درجة الذكاء، فإن ما نسبته 2.27% من المجتمع مشخصين بأنهم من ذوي الإعاقة العقلية، في حين تقل هذه النسبة إلى 1% في مرحلة المدرسة.

يعزى تدني النسبة في مرحلة المدرسة إلى: 1) استخدام معايير أقل تشدداً فيما يتعلق بدرجة الذكاء ومستوى القصور في السلوك التكيفي، 2) يُفضل البعض استخدام مصطلح صعوبات التعلم عوضا عن الاعاقة العقلية خوفا من الوصمة الاجتماعية.

أسباب الإعاقة العقلية.

أسباب قبل الولادة، وتتضمن: الاضطرابات الكروموسومية، اضطرابات التمثيل الغذائي الولادية، الاضطرابات النمائية التي تؤثر على تركيب وتكوين الدماغ، والتأثيرات البيئية.

- الاضطرابات الكروموسومية: وتتضمن متلازمة داون، كروموسوم _ الهش، بريدر ويلي، ويليام. تنشأ متلازمة داون ومتلازمة ويليام بسبب خلل كروموسومي، في حين تعد كل من متلازمة كروموسوم _ الهش ومتلازمة بريدر ويلي متلازمات وراثية.

- يعد اضطراب الفينل كيتون يوريا (PKU) من الأمثلة على اضطرابات التمثيل الغذائي الولادية.

- يُعد كل من استسقاء الدماغ وصغر حجم الدماغ من اضطرابات تركيب وتكوين الدماغ

- التأثيرات البيئية قبل الولادة وتتضمن: سوّ التغذية، متلازمة الكحول الجنينية، والحصبة الالمانية.

أسباب أثناء الولادة وتتضمن: نقص الأوكسجين (Anoxia) ، انخفاض وزن المولود، الالتهابات والأمراض كالسفلس.

أسباب بعد الولادة وتتضمن: 1) أسباب ذات أساس بيولوجي كاصابات الدماغ، الالتهابات والأمراض كالتهاب السحايا،2) أسباب نفسية كالبيئة الفقيرة، والاساءة.

تقييم وتشخيص الاعاقة العقلية.

تُستخدم اختبارات الذكاء الفردية للكشف عن درجة الذكاء، وهذا يستدعي مراعاة الاعتبارات التالية:

- درجات ذكاء الأفراد قابلة للتغيير.

- يصعب أن تخلو اختبارات الذكاء من التحيز الثقافي على نحو كامل.

- كلما قلت الفئة العمرية قل درجة الثقة بدرجات الذكاء.

- إن القدرة على العيش الناجح لا يعتمد على درجات الذكاء وحدها.

تُستخدم مقاييس السلوك التكيفي لقياس مهارات السلوك التكيفي، وعادة ما يتم من خلال اجابة الأهل أو المعلمين أو الأخصائيين على أسئلة ذات علاقة باستقلالية الفرد وقدرته على القيام بمهارات الحياة اليومية.

الخصائص السلوكية والنفسية للطلبة ذوي الاعاقة العقلية.

تعد مشاكل الانتباه والذاكرة واللغة والتنظيم الذاتي والدافعية والمهارات الاجتماعية من أبرز مظاهر القصور لدى الأفراد ذوي الاعاقة العقلية.

حاول بعض الباحثين في الأونة الأخيرة ربط بعض الأنماط السلوكية والشكلية بمتلازمات وراثية محددة، ومنها:

- متلازمة داون: ارتبطت بقصور اللغة التعبيرية، ومستوى عال من المهارات الفراغية.
- متلازمة ويليام: قصور في المهارات الفراغية البصرية، ومهارات لغوية تعبيرية مناسبة لحد ما.
- متلازمة كروموسوم _ الهش: قصور في الذاكرة قصيرة المدى، مستوى متقدم لمهارات السلوك التكيفي.
- متلازمة بريدر ويلي: قصور في المعالجة السمعية، اضطرابات الأكل، المعالجات البصرية

اعتبارات تربوية للطلبة ذوي الاعاقة العقلية.

كلما قلت شدة الاعاقة العقلية زاد الاهتمام بالمهارات الأكاديمية، وكلما زادت شدة الاعاقة العقلية انصب اهتمام التربويين على مهارات العناية الذاتية، والحياة المجتمعية، والمهارات المهنية.

يركز التوجه الحالي في تعليم الطلبة ذوي الاعاقة العقلية على دمج المنحى الوظيفي مع المنحى الأكاديمي.

يتضمن التدريس الفعال للطلبة ذوي الاعاقة العقلية التدريس المنظم المتضمن: التلقين، توابع السلوك، استراتيجيات التعميم.

بالرغم من أن الصفوف الخاصة تعد البديل الأكثر شيوعا للطلبة ذوي الاعاقة العقلية، إلا أنه زاد في الفترة الأخيرة التحاق الطلبة ذوي الاعاقة العقلية بصفوف الدمج.

تقييم مستوى التقدم.

يستخدم التقييم المعتمد على المنهاج لمتابعة مستوى التقدم الأكاديمي.

لتقييم مستوى التقدم في مهارات السلوك التكيفي تُستخدم المقابلة والملاحظة.

يحتاج الطلبة ذوي الاعاقة العقلية لتعديلات عده تندرج ضمن: 1) الجدول الدراسي، 2) النمط التعليمي 3) الاستجابة المتوقعة من الطلبة.

يمكن استخدام قوائم الشطب وطرق التقييم الوظيفي، التقييم المهني، والملاحظة المباشرة لسلوكات قد يصعب تقييمها اعتمادا على الطرق التقليدية.

اعتبارات التدخل المبكر.

تختلف برامج التدخل المبكر في مرحلة ما قبل المدرسة وفقا لهدف البرنامج.

على نحو عام تستهدف برامج التدخل المبكر التي تسعى لمنع حدوث الاعاقة الأطفال المعرضون لخطر الاعاقة العقلية، أو الاعاقة العقلية البسيطة، في حين تستهدف برامج التدخل المبكر لفئة الاعاقة، الأطفال الذين تم تشخيصهم بالاعاقة العقلية.

اعتبارات الانتقال لمرحلة الرشد.

إن تمكين الطلبة ذوي الاعاقة العقلية من تقرير مصيرهم وذواتهم، أصبح من أهم المبادىء الرئيسية في تعليم الطلبة ذوي الاعاقة العقلية.

تتضمن البرامج الانتقالية مجالين، هما: التكيف المجتمعي، والتوظيف

تتضمن مهارات التعايش المجتمعي القدرة على: استخدام وصرف النقود، استخدام المواصلات العامة

يتوافر نموذجين مختلفين لتوظيف الطلبة ذوي الاعاقة العقلية، هما : ورش العمل المحمية، والتوظيف التنافسي المدعوم.

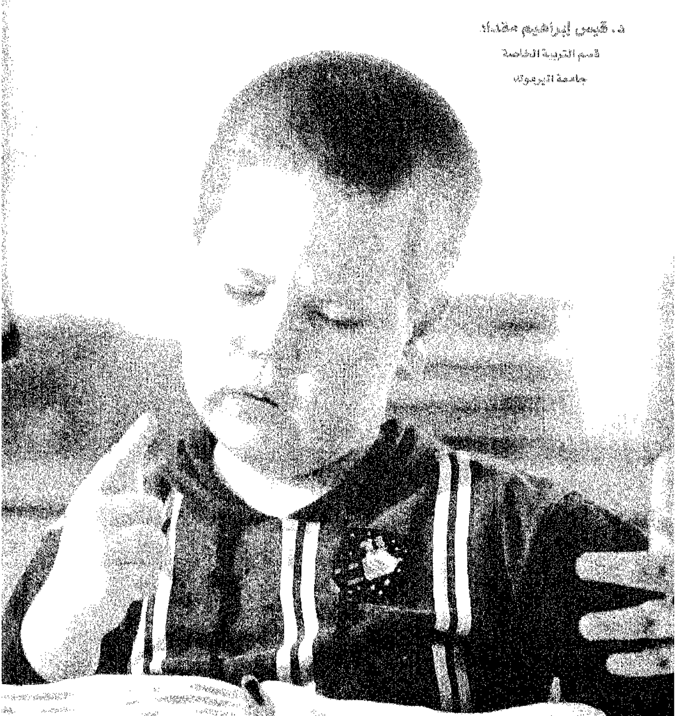
الفصل

3

الطلبة ذوي صعوبات التعلم

Learners with Learning Disabilities

د. قيس إبراهيم مقداد
قسم التربية الخاصة
جامعة اليرموك



بالقدر الذي أتطلع به إلى إيجاد الكلمات المناسبة لأعبر لك عن كيف يمكن أن يكون عليه الحال عندما تكون معسراً قرائياً، فإنني لا أستطيع جعلك تفهم معنى ذلك إلا بالقدر الذي يمكنك فيه جعلي أفهم معنى ألا تكون معسراً قرائياً، ولكنني أستطيع تخيل أنه يمكنني فعل ذلك. فقد تطلعت لسنوات عديدة لأن أكون طبيعياً، وأن أزيل القشرة التي تقيدني وتبقيني متأخراً، بينما كان الآخرون يراقبونني، وكان بينهم من يشعرون بالحسرة لأجلي، ومنهم من استسلموا في سبيل مساعدتي، ومنهم من وقفوا إلى جانبي داعمين ومؤمنين بقدراتي، ومنهم من نظر إليّ كما لو كنت معروضاً في حديقة حيوان، ولكن عموماً أظهر الناس رغبة في فهم ماذا يعني عسر القراءة، وكيف يمكن تدريس المصابين بها. إذ يبدو أنه من الصعب على كل جانب منا أن يفهم الآخر على نحو حقيقي.

(لين بيلكي، من فقاعة صعوبات التعلم)

يتوقع بعد قراءتك لهذا الفصل أن تعرف الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- كيف يعرّف الأخصائيون صعوبات التعلم؟
- كيف يعرّف الأخصائيون الطلبة ذوي صعوبات التعلم؟
- ما نسبة انتشار صعوبات التعلم؟
- ما أسباب صعوبات التعلم؟
- ما أبرز الخصائص السلوكية والنفسية للطلبة ذوي صعوبات التعلم؟
- ما أبرز الاعتبارات التربوية الواجب مراعاتها بالنسبة للطلبة ذوي صعوبات التعلم؟
- كيف يقيس الأخصائيون التقدم الأكاديمي للطلبة ذوي صعوبات التعلم؟
- ما أبرز الاعتبارات الخاصة بالتدخل المبكر للطلبة ذوي صعوبات التعلم؟
- ما أبرز الاعتبارات الخاصة بالانتقال لسن الرشد بالنسبة للطلبة ذوي صعوبات التعلم؟

الاعتقاد الخاطئ: تعد طريقة تحديد التباين بين الذكاء والتحصيل مباشرة وواضحة، ويمكننا من خلالها أن نقرر ما إذا كان طالب ما يعاني صعوبة تعلم أم لا.

الاعتقاد الصحيح: تنشأ العديد من المشكلات المفاهيمية عند استخدام طريقة التباين بين الذكاء والتحصيل.

الاعتقاد الخاطئ: أكدت الأبحاث أن أسلوب الاستجابة للمعالجة خالٍ من الأخطاء، ويمكن استخدامه لتحديد ما إذا كان طالب ما يعاني صعوبة تعلم أم لا.

الاعتقاد الصحيح: يتوافر القليل من الدعم البحثي لأسلوب الاستجابة للمعالجة بسبب عدم استقصاء فاعلية تطبيقه مع عينات كبيرة من الطلبة ذوي صعوبات التعلم، وماهيّة الطريقة الفضلى في تنفيذه.

الاعتقاد الخاطئ: جميع الطلبة ذوي صعوبات التعلم مصابون بتلف دماغي.

الاعتقاد الصحيح: تشير العديد من السلطات الصحية والتربوية إلى أن الطلبة ذوي صعوبات التعلم يعانون من خلل وظيفي في النظام العصبي المركزي الذي يؤكد الخلل الوظيفي بدلاً من وجود تلف حقيقي في الدماغ.

الاعتقاد الخاطئ: حقيقة اقتراح العديد من التعريفات لصعوبات التعلم يشير إلى أن هذا الميدان يعيش حالة فوضى.

الاعتقاد الصحيح: على الرغم من اقتراح أحد عشر تعريفاً لصعوبات التعلم في فترة زمنية معينة، استقر المختصون في هذا الميدان على اثنين منها، وهما: التعريف الفيدرالي وتعريف اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم، وعلى الرغم من اختلافهما في بعض الجوانب إلا أنهما متشابهتان بعناصر كثيرة.

الاعتقاد الخاطئ: ترجع الزيادة المتسارعة في نسبة انتشار صعوبات التعلم إلى التطبيقات التشخيصية الضعيفة وغير الدقيقة.

الاعتقاد الصحيح: على الرغم من تأثير ضعف الممارسات والتطبيقات التشخيصية ومسؤولياتها جزئياً عن الزيادة في نسبة انتشار صعوبات التعلم، إلا أن هناك أسباباً ثقافية- اجتماعية مسؤولة عن تلك الزيادة، كما يتوافر دليل علمي يُشير إلى أن إدارات المدارس قد تتجاوز قوانين التشخيص؛ حيث تميل تلك الإدارات إلى اعتبار أن طالباً ما يعاني من صعوبات التعلم بدلاً من استخدام تشخيص يتضمن وصمة اجتماعية سلبية كالإعاقة العقلية.

الاعتقاد الخاطئ: نعرف القليل جداً عن أسباب صعوبات التعلم.

الاعتقاد الصحيح: على الرغم من عدم وجود اختبار عيادي بسيط يسمح لنا بتحديد سبب صعوبات التعلم لدى الحالات الفردية، تقترح نتائج الأبحاث الحديثة ربط أسباب صعوبات التعلم بالخلل الوظيفي العصبي الناجم عن عوامل جينية أو طبية أو سُمّيّة.

الاعتقاد الخاطئ: تعد صعوبات الحساب نادرة نسبياً.

الاعتقاد الصحيح: ربما تبلغ نسبة انتشار صعوبات الحساب كمقدار نسبة انتشار صعوبات القراءة (أو قريبة منها).

الاعتقاد الخاطئ: لا حاجة للقلق على الجانب الانفعالي الاجتماعي للطلبة ذوي صعوبات التعلم: لأن مشكلاتهم ذات طبيعة أكاديمية. الاعتقاد الصحيح: يواجه العديد من الطلبة ذوي صعوبات التعلم مشكلات في المجالات الانفعالية والاجتماعية أيضاً.
الاعتقاد الخاطئ: أغلب الأطفال ذوي صعوبات التعلم يتخلصون من صعوباتهم عندما يصلون إلى مرحلة الرشد. الاعتقاد الصحيح: تميل صعوبات التعلم إلى الاستمرار في مرحلة الرشد، ولكن يجب أن يتعلم معظم الأفراد الناجحين ذوي صعوبات التعلم كيفية التأقلم مع مشكلاتهم، وبذل الجهود الحقيقية ليتمكنوا من التحكم بمستقبلهم.
الاعتقاد الخاطئ: يعد التحصيل الأكاديمي والذكاء أفضل المتنبئات بالنجاح في مرحلة الرشد بالنسبة للأشخاص ذوي صعوبات التعلم. الاعتقاد الصحيح: أفضل المتنبئات بنجاح الراشدين ذوي صعوبات التعلم تتمثل في الإصرار، وتحديد الهدف (التخطيط)، والتعرض لمعالجة أو تدخل تربوي طويل المدى، والقبول الواقعي لنقاط الضعف، والقدرة على تطوير نقاط القوة، وخصوصاً القدرة على تحمل مسؤولية التحكم بحياتهم ومستقبلهم.

إن **الاقتباس الذي تسوقه لين بيلكي** (2001) Lynn Pelkey، الذي أشرنا إليه في بداية هذا الفصل عن عسر القراءة Dyslexia أو صعوبة القراءة Reading Disability، ينبغي أن يقدم شيئاً من العزاء للباحثين والمعلمين والآباء وواضعي السياسات الذين حالوا جاهدين تعريف صعوبات التعلم Learning Disabilities منذ الاعتراف الرسمي بها من قبل الحكومة الفدرالية الأمريكية في الستينيات من القرن الماضي. ومع أن بيلكي عانت من صعوبة القراءة، وتعايشت معها لمدة خمس وثلاثين سنة، إلا أنها ما تزال غير قادرة على أن تحدد جوهر هذه الصعوبة. فعدم مقدرة بيلكي وإسهامات أفضل المنظرين والمختصين لتعريف صعوبات التعلم بلغة دقيقة لا يعني مطلقاً أن تلك الصعوبة التي تعاني منها ليست موجودة بالفعل، ولكن عندما تقرأ قصتها فستجد أنها كغيرها من أفراد هذه الفئة واجهت تحديات جسمية في المجالين الأكاديمي والاجتماعي.

ويتضح لك من قصة بيلكي أنها استطاعت أن تتغلب على مشاعر الرفض التي لاحقتها، وأن تنجح في الحصول على شهادة بمرتبة الشرف من الكلية وتحصل بعدها على وظيفة مناسبة. فنجاحها هذا لم يكن نتيجةً لعملها الشاق والمساندة التي تلقتها من الآخرين فحسب - كما ورد على لسانها سابقاً - ولكنه كان نتيجة للنجاح الذي تحقق بفعل تطور التسميات الخاصة بصعوبات التعلم نفسها أيضا. وبحسب بيلكي: "لقد وجدت مؤخراً أنني إذا أردت أن أجد السلاح الداخلي يتوجب عليّ مواجهة مشاعري الخاصة بكوني غبية" (Pelkey, 2001, 27). وكما سنناقش لاحقاً في الفصل الحالي، فإن قدرة الفرد على التحكم بحياته هي ما تميز بين الأفراد ذوي صعوبات التعلم الكفوئين -خلال مرحلة الرشد- مقارنةً بأقرانهم ممن ليسوا كذلك.

لقد أدى التحدي المتمثل في تحديد طبيعة صعوبات التعلم وتفسيرها إلى مضاعفة جهود المختصين في سبيل تحديد أفضل الطرق والأساليب التي يمكن اللجوء إليها لتعليم أفراد تلك الفئة. ومع تطور هذا المجال، أصبح هناك إجماع حول عدد من القضايا الأساسية التي تساعدنا على تعريف صعوبات التعلم وتحديدها، وفهم أسبابها، ومعرفة اتجاهات العلاج التربوي الخاصة بها. وعلى الرغم من وجود مثل هذا الإجماع، إلا أن المتابع يلحظ بعضاً من الاختلاف الصحي في القضايا المرتبطة بتعريف صعوبات التعلم وتحديدها وتشخيصها. ويمكننا وصف ذلك التباين لاحقاً.

تعريف صعوبات التعلم Definition of Learning Disabilities:

اقترح صموئيل كيرك Samuel Kirk في اجتماع مجلس الآباء بمدينة نيويورك في عام 1963م مصطلح صعوبات التعلم Learning Disabilities LD ليكون بمثابة حل وسط للتنوع المربك في التسميات المستخدمة لوصف الطفل ذي الذكاء الطبيعي والذي يعاني من مشكلات في التعلم، حيث كانت تتم الإشارة إليه بوصفه يعاني إصابة دماغية بسيطة Minimal Brain Injury، أو بطأً تعلمياً Slow Learning، أو عسراً قرائياً dyslexia، أو إعاقةً إدراكية Perceptual Disability.

وحاول المربون صياغة تعريف صريح وشامل لمصطلح صعوبات التعلم لوصف أولئك الأطفال الذين يبدون مستوى عادي من الذكاء ويعانون في الوقت ذاته من مشكلات في التعلم، ويعتقد العديد من الآباء والمربين أن التسمية "الإصابة الدماغية البسيطة" *Minimal Brain Injury* تمثل مشكلة في حد ذاتها؛ إذ أنها تشير إلى أولئك الأشخاص الذين يظهرون أعراضاً سلوكية وليست عصبية للدلالة على إصابة الدماغ. حيث يبدون أعراضاً سلوكية مثل التشتت Distractibility، والنشاط الزائد Hyperactivity، واضطراب الإدراك Perceptual Disturbance، والتي تتشابه مع تلك الموجودة لدى الأفراد الذين يعانون من إصابات حقيقية في الدماغ والذين يخضعون للفحوص العصبية التي لا تختلف عن مثيلاتها المتبعة مع الأفراد غير المعوقين.

ومن الناحية التاريخية، فقد ظل تشخيص الإصابة الدماغية البسيطة موضع شك لفترة طويلة؛ لأنه كان مستنداً إلى بيانات سلوكية مشكوك فيها عوضاً عن استناده إلى بيانات عصبية دقيقة ومتينة. وعلاوة على ذلك، فإن مصطلح الإصابة الدماغية البسيطة لم يكن ذا دلالة تربوية؛ لأن مثل هذا التشخيص لم يقدم سوى

قدر ضئيل من المساعدة على تخطيط البرنامج العلاجي وتنفيذه. أما مصطلح بطء التعلم *Slow Learning* فيستخدم لوصف أداء الطفل في بعض المجالات دون غيرها، حيث إن فحص الذكاء يشير إلى أن القدرة على التعلم موجودة. كما يشير مصطلح عسر القراءة *Dyslexia* إلى صعوبات القراءة فقط، على الرغم من أن أولئك الأطفال يعانون من مشكلات في مجالات أكاديمية أخرى كالحساب. ويبدو أن وصف طفل ما بأنه معاق إدراكياً *Perceptually Disabled* يفاقم المشكلة أيضا، حيث تمثل المشكلات الإدراكية جزءاً محيّراً من عدم القدرة على التعلم. وبناءً على عدم الدقة في المصطلحات السابقة، اتفق أولياء الأمور في اجتماعهم بمدينة نيويورك على مصطلح "صعوبات التعلم" الذي يتسم بالتوجه التربوي والذي أطلقه صموئيل كيرك، كما أسسوا جمعية الأطفال ذوي صعوبات التعلم Association For Children with Learning Disabilities والتي تعرف حالياً بالجمعية الأمريكية لصعوبات التعلم Association of America with Learning Disabilities، وبعد جهود الآباء والمختصين والحكومة الفدرالية ومتابعتهم لبضع سنوات تم الاعتراف رسمياً بهذا المصطلح.

وقد تبلور الاهتمام بصعوبات التعلم نتيجة لتزايد الوعي بأن عدداً كبيراً من أطفال هذه الفئة لم يتلقوا الخدمات التربوية المطلوبة، وبما أن أولئك الأطفال يتمتعون بذكاء عادي فلم يكن من المنطقي أن يتم وضعهم في صفوف الأطفال المعاقين عقلياً. وعلى الرغم من أن العديد منهم يظهرون اضطرابات سلوكية غير ملائمة، فإن بعضهم الآخر لا يُظهر مثل تلك الاضطرابات، لذلك كان واضحاً أن وضعهم في صفوف خاصة بالمضطربين انفعالياً غير مناسب أيضاً، لذلك ركز آباء الأطفال ذوي مستويات التحصيل الأقل من مستوى قدراتهم الكامنة على ضرورة تصويب مشكلات التحصيل الأكاديمية الخاصة بأطفالهم في مكان تعليمي مناسب.

وقد بلغ عدد التعريفات التي تناولت مفهوم صعوبات التعلم ما يقارب أحد عشر تعريفاً وذلك منذ بداية استخدام هذا المصطلح في مطلع الستينيات من القرن الماضي، وقد تعددت الجهات التي تناولت تقديم تعريف لمصطلح صعوبات التعلم بين متخصصين ولجان متخصصة إلى مشرعين، ويبدو أن التعريفين الأكثر تأثيراً هما: التعريف الفيدرالي، وتعريف اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم (Hammill, 1990).

التعريف الفدرالي The Federal Definition:

تستخدم غالبية الولايات الأمريكية تعريف صعوبات التعلم المستند إلى تعريف الحكومة الفدرالية، الذي تمت المصادقة عليه باعتباره قانوناً في عام (1975)، وأعيد تبنيه مع -تغير بعض الكلمات- مرة أخرى من قبل الحكومة الفدرالية في عام (1997)، وأعيدت له سلطته القانونية في عام (2004). وكما سنناقش في الجزء الآتي، فقد مست تلك التغيرات إجراءات التعرّف والكشف. حيث جرت إعادة السلطة لهذا التعريف من خلال قانون تربية الأفراد المعاقين، ولكنها لم تغير التعريف المتضمن في التعديلات التي أجريت في عام (1997)، وهو قانون تربية الأفراد المعاقين [IDEA Amendments of 1997, Sec. 6.2 (26), p13]، ليصبح على النحو الآتي:

(1) **من الناحية العامة:** يعني مصطلح صعوبة التعلم المحددة Specific Learning Disability وجود اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية المتضمنة في فهم اللغة المكتوبة أو المنطوقة أو استخدامها، والذي قد يظهر كاضطراب أو قصور في قدرة الطفل على الاستماع، أو التفكير، أو الكلام، أو القراءة، أو الكتابة، أو التهجئة، أو إجراء العمليات الحسابية المختلفة.

(2) **الاضطرابات المتضمنة:** يتضمن هذا المصطلح حالات معينة مثل صعوبات الإدراك Perceptual Disabilities، وإصابات الدماغ Brain Injury، والخلل الوظيفي الدماغي البسيط Minimal Brain Dysfunction، وعسر القراءة Dyslexia، والحبسة الكلامية التطورية Developmental Aphasia.

(3) **الاضطرابات المستثناة:** لا يتضمن هذا المصطلح مشكلات التعلم الناجمة عن إعاقات بصرية، أو سمعية، أو حركية، أو عقلية، أو اضطراب انفعالي، أو ناجمة عن أي ظروف بيئية، أو ثقافية، أو اقتصادية غير داعمة للطفل.

تعريف اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم

The National Joint Committee on Learning Disabilities Definition

تتألف اللجنة الوطنية لصعوبات التعلم من ممثلين عن العديد من المنظمات المهنية العاملة في ميدان صعوبات التعلم، التي أصدرت تعريفا بديلا لصعوبات التعلم نتيجة لعدم رضاهم عن العوامل التالية في التعريف الفدرالي السابق:

1) **بالإشارة لتعبير العمليات النفسية**، يعتقد العديد من الرواد الأوائل في حقل صعوبات التعلم أن وجود خلل ما في معالجة المعلومات البصرية والسمعية أو تمييزها وتفسيرها، المختلفة عن المشكلات الدائمة والمتمثلة في الصمم أو الكف البصري، يمثل السبب وراء المشكلات الأكاديمية، كصعوبات القراءة. بل واعتقدوا بإمكانية مساعدة الطلبة على التغلب على مشكلاتهم القرائية من خلال التدريب على معالجة مهاراتهم البصرية والسمعية بمعزل عن المادة الأكاديمية (Horne, 1964; Kephart, 1971; Krik & Frosig,1973). ولكن سرعان ما توصل الباحثون لاحقا إلى أن تلك التدريبات الإدراكية والإدراكية- الحركية لا تعود بالنفع والفائدة على التحصيل القرائي للطلبة (Hallahan&CruickShank, 1973; Hallahan, 1975). وكردة فعل للانتشار الواسع في تبني برامج التدريب الإدراكي غير المثبتة بحثياً، فإن اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم رفضت استخدام تعبير العمليات النفسية الأساسية.

2) **عدم الإشارة للطبيعة الداخلية لصعوبات التعلم**، حيث خلا التعريف الفدرالي من الإشارة إلى العوامل المسببة، في حين أن اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم ترى أن صعوبات التعلم تعود إلى خلل في النظام العصبي المركزي في داخل الفرد.

3) **عدم الإشارة للراشدين**، حيث استجابت اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم للوعي المتزايد بأن صعوبات التعلم غير محصورة بمرحلة الطفولة، وإنما مستمرة مدى الحياة.

4) **عدم الإشارة للمشكلات في التنظيم الذاتي والتفاعل الاجتماعي**، حيث استجابت اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم للوعي المتزايد بأن الطلبة ذوي صعوبات التعلم غالباً ما يواجهون صعوبات في التنظيم الذاتي والتفاعل الاجتماعي.
5) **تضمين مصطلحات صعبة التعريف**، حيث تعتقد اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم أن التعريف الفدرالي كان مشوشاً؛ بسبب تضمينه مصطلحات يصعب تعريفها مثل الإعاقات الادراكية، وعسر القراءة، والخلل الدماغي الوظيفي البسيط (Hammill, Leigh, McNutt, & Laren, 1981).
6) **الإرباك الناجم عن استثناء تداخل صعوبات التعلم مع إعاقات أخرى**، فقد استثنى التعريف الفدرالي أن المشكلة التعليمية يمكن أن ترجع في الأساس لإعاقات أخرى، كالإعاقة العقلية. حيث كان تعريفا ضبابياً لم يحدد ما إذا كان يمكن لأحدهم أن يعاني من كل من صعوبات التعلم وإعاقة أخرى. في حين فضلت اللجنة الوطنية المشتركة أن تكون أكثر تحديدا بإمكانية أن يعاني شخص ما من إعاقة ما، ويوجد لديه في الوقت ذاته صعوبات تعلم.
7) **تضمين التهجئة**، حيث تعتقد اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم بعدم الحاجة للإشارة للتهجئة كإحدى الصعوبات في التعريف الفيدرالي؛ لأنها متضمنة أصلاً في الكتابة.

واعتماداً على تلك الانتقادات الموجهة للتعريف الفيدرالي، تقدمت اللجنة الوطنية المشتركة لصعوبات التعلم بالتعريف الآتي:

"تعد صعوبات التعلم بمثابة مصطلح عام يشير إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات التي تظهر على هيئة صعوبات ذات دلالة في اكتساب واستخدام القدرة على الاستماع، أو الكلام، أو القراءة، أو الكتابة، أو التفكير، أو القدرة الرياضية. وترجع هذه الاضطرابات لذات الفرد، ويفترض أنها ناجمة عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، وقد تحدث خلال فترات حياته المختلفة. هذا وقد يرافقها مشكلات في سلوكات التنظيم الذاتي، والإدراك والتفاعل الاجتماعي، ولكنها لا تعد صعوبة من صعوبات التعلم في حد ذاتها. وعلى الرغم من أن صعوبات التعلم قد تتزامن في حدوثها مع حالات أخرى للإعاقة (كالإعاقة الحسية، أو الإعاقة العقلية، أو أحد الاضطرابات الانفعالية الخطيرة)، أو مع مؤثرات خارجية معينة (كالتباينات الثقافية، والتدريس غير الكافي أو غير الملائم) فإنها مع ذلك لا تعد نتيجة لتلك الظروف أو المؤثرات"(NJCLD,1989, p.1).

آلية التعرّف على الطلبة ذوي صعوبات التعلم Identification:

تمر إجراءات التعرّف على صعوبات التعلم حالياً بمرحلة انتقالية، فكما لاحظنا في الفصل الأول من هذا الكتاب، حيث أعادت الحكومة الفدرالية السلطة لقانون تربية الأفراد المعاقين عام 2004، وقد ترافق هذا مع تغير في طريقة تحديد الأفراد ذوي صعوبات التعلم المؤهلين لتلقي خدمات التربية الخاصة. وسنناقش في الفصل الحالي قضية التباين بين القدرة والتحصيل Achievement-Ability Discrepancy، التي ينظر لها بوصفها الاتجاه التقليدي للتعرف والكشف عن صعوبات التعلم، ثم

سنناقش معيار الاستجابة للمعالجة Response to Intervention (RTI)، التي تعد الطريقة المفضلة فدرالياً في الكشف عن صعوبات التعلم وفقا لقانون تربية الأفراد المعاقين المحدّث. ونستخدم عبارة مفضلة فدرالياً؛ لأنه على الرغم من أن القانون يسمح باستخدام أيّ من الطريقتين السابقتين، إلا أن صياغة القانون وأولويات البحث للحكومة الفدرالية تميل بوضوح نحو اعتماد استخدام طريقة الاستجابة للمعالجة لتحديد ما إذا كان الفرد يعاني من صعوبات التعلم أم لا. فعلى سبيل المثال، يُصر القانون على ألا تشترط الولايات استخدام طريقة وجود التباين الشديد بين القدرة والتحصيل الأكاديمي، وبالتحديد عليها أن تسمح باستخدام طريقة الاستجابة للمعالجة.

التباين بين القدرة والتحصيل الأكاديمي Achievement-Ability Discrepancy:

بعد فترة قصيرة من تقديم تعريفها في عام 1977، نشرت الحكومة الفدرالية أنظمة كيفية تحديد الطلبة ذوي صعوبات التعلم، وكان العنصر الأساسي في تلك الأنظمة، لتحديد ما إذا كان الشخص يعاني من صعوبات تعلم أم لا، يُشير إلى ضرورة إظهار الطالب لتباين شديد بين تحصيله الأكاديمي وقدرته العقلية. وبكلمات أخرى، يمكن القول بأن طفلاً ما يعاني من صعوبات تعلم إذا كان تحصيله أقل من قدراته الكامنة. وقد تركت الحكومة الحرية لكل ولاية لتقرر بالتحديد ما إذا وُجدَ طفل لديه تفاوت شديد بين تحصيله الأكاديمي وقدرته الكامنة، وعليه قامت معظم الولايات باعتماد معادلات لتحديد مقدار التباين بين التحصيل الأكاديمي وبين معامل الذكاء *IQ- Achievement Discrepancy*، والتي تمثل مقارنة بين العلامات على مقاييس التحصيل والذكاء. وبالرغم من ذلك، فإن بعض تلك المعادلات غير مناسبة إحصائياً، وتقود إلى أحكام غير دقيقة، في حين أن بعضها الآخر مناسب إحصائياً، إلا أنها صعبة التطبيق ومكلفة. كما أنها تعطي إحساساً خاطئاً بالدقة، بمعنى أنها تغري إدارة المدرسة لاتخاذ قرار معقد ومهم يرتبط بتحديد وجود صعوبات تعلم اعتمادا على مؤشر وحيد، وهو درجة التباين.

وبالإضافة إلى مشكلة استخدام المعادلات الإحصائية لتحديد مقدار التباين بين القدرة والتحصيل، رفضت بعض السلطات التربوية -استنادا إلى بعض المرتكزات الفلسفية- استخدام التباين بين درجة الذكاء والتحصيل الأكاديمي، حيث أشارت إلى أن درجة ذكاء الطلبة ذوي صعوبات التعلم عرضة لسوء التقدير؛ بسبب أن أداءهم على اختبارات الذكاء يعتمد إلى درجة ما على قدراتهم القرائية. فمن المعروف أن الأطفال ذوي المهارات القرائية الضعيفة يواجهون صعوبة في تنمية محصولهم اللغوي، وبالتالي معرفتهم بالعالم المحيط، ونتيجة لذلك فإنهم يحصلون على علامات أقل من المتوسط في اختبارت الذكاء الذي بدوره يقلل من أهمية اعتماد مقدار التباين بين التحصيل الأكاديمي ومعامل الذكاء. وقد أشار بعض التربويين إلى عدم جدوى تطبيق فكرة التباين في الصفوف المبكرة في مرحلة التعليم الأساسي، حيث يصعب تحديد التباين لدى طلبة الصفين الأول والثاني؛ لأنه من غير المتوقع أن يتعلم الطلبة في مثل هذه الصفوف الكثير في القراءة أو الحساب، ونتيجة لهذا التأخر في التعرّف إلى الطلبة ذوي صعوبات التعلم، تم إطلاق تسمية نموذج "انتظار الفشل" على اتجاه التباين بين التحصيل الأكاديمي ومعامل الذكاء.

الاستجابة للمعالجة Response to Intervention or to Treatment

اعتماداً على الانتقادات الموجهة لاتجاه التباين بين التحصيل الأكاديمي ومعامل الذكاء سابق الذكر، اقترح الباحثون طريقاً بديلاً للتعرّف إلى الطلبة ذوي صعوبات التعلم، وهو: الاستجابة للتدخل Response-to-Intervention (RTI) أو اتجاه الاستجابة للمعالجة Response-to-Treatment (RTT) فكما لاحظنا في الفصل الثاني من هذا الكتاب، لا يوجد قبول عالمي لنموذج موحد في الاستجابة للمعالجة، ولكنه يحتوي في العادة على ثلاث حلقات متدرجة في التدريس المكثف المقترن بمراقبة للتقدم في كل حلقة. تحتوي الحلقة الأولى على التدريس -المستند إلى دليل علمي مثبت- الذي ينفذه معلم التربية العادية في إطار الصف العادي. بينما يفضل أن ينتقل أولئك الطلبة الذين لا يستجيبون لذلك النوع من التدريس إلى الحلقة الثانية التي تزودهم بتدريس ضمن مجموعة صغيرة لعدة مرات في الأسبوع. وعندما لا يبدي الطلبة استجابة لهذا المستوى يتم تحويلهم لتلقي تقويم حاجاتهم التربوية الخاصة ضمن الحلقة الثالثة في النموذج.

وكما لاحظنا، فإن الحكم على فعالية اتجاه الاستجابة للمعالجة في التعرف إلى الطلبة المعاقين، ومنهم ذوو صعوبات التعلم ما يزال غير راسخ (D. Fuchs, Fuchs, McMaster, Yen& Sven-

son, 2004; D. Fuchs, Mock, Morgan, Young, .2003; L.S. Fuchs, 2003; O'Connor & Sanchez, 2001; Vaughn & Fuchs, 2003) للمحاذير الآتية:

- محدودية توفر الدليل البحثي المتعلق بفعالية نموذج الاستجابة للمعالجة المستخدم للتعرف إلى الطلبة ذوي صعوبات التعلم، وخصوصاً ما يتعلق منها بدراسات أجريت على عينات كبيرة من الطلبة.
- ترتكز معظم معرفتنا حول نموذج الاستجابة للمعالجة على القراءة فقط.
- يفشل العديد من معلمي التربية العادية في استخدام أساليب التدريس المستندة إلى نتائج الأبحاث المرتبطة في الحلقة الأولى من النموذج.
- عدم تحديد ارتباط تنوّع التدريس الفعّال في الحلقة الثانية من النموذج بنوع التدريس، أو بمدته، أو هوية المدرس (مثلاً هل هو معلم التربية العادية، أم معلم التربية الخاصة، أم أخصائي علم النفس المدرسي، أم غيرهم من المختصين؟).
- بعض الطلبة لا يواجهون صعوبات في القراءة حتى الصف الثالث، أو الرابع، أو الخامس، أي حتى تصبح المهارات القرائية أكثر تعقيداً، وعندئذٍ لا يتم تشخيص أولئك الطلبة؛ لأن معظم نماذج اتجاه الاستجابة للمعالجة تطبّق في الصفوف المبكرة من المرحلة الأساسية.
- يعود الطلبة الذين يستجيبون على نحو جيد في الحلقة الثانية إلى الحلقة الأولى، ولكنهم يعودون إلى الحلقة الثانية مرة أخرى عندما يواجهون صعوبات قرائية من جديد، حيث إن عملية إعادة التدوير تلك ربما تؤدي إلى التأخر في تقديم ما يحتاجونه من خدمات في الحلقة الثالثة من النموذج، وهي تقويم حاجاتهم التربوية الخاصة.

وعلى الرغم من تلك المحاذير، إلا أن معظم الإدارات المدرسية تجد في الاستجابة للمعالجة نموذجاً واعداً وطريقةً تتمتع بمصداقية أكبر في التعرف إلى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، ومن الملاحظ حالياً أن كل الولايات المتحدة طبقت أو ما زالت تعمل على تطوير نموذج من الاستجابة للمعالجة لاستخدامه في مقاطعات المدارس المحلية (Peaster& Saunders,2009). وبما أن الحكومة الفيدرالية خصصت تمويلاً لأولوية إجراء بحوث على نماذج الاستجابة للمعالجة في السنوات القليلة القادمة، فإنه من المؤمل أن يتم معالجة بعضٍ من المحاذير التي تمت الإشارة إليها سابقاً.

نسبة الانتشار Prevalence:

وفقاً لأرقام الحكومة الأمريكية، فقد حددت المدارس العامة نسبة انتشار صعوبات التعلم بأقل من 5% من الطلبة الذين تتراوح أعمارهم بين (6-17) عاماً، حيث تعد فئة صعوبات التعلم من أكبر فئات التربية الخاصة، فأكثر من نصف طلبة المدارس العامة الذين لديهم احتياجات خاصة يعانون من صعوبات التعلم.

زيادة نسبة الانتشار وانخفاضها Increase and Decrease Prevalence:

تضاعفت نسبة انتشار صعوبات التعلم تقريباً منذ أن بدأت الحكومة الأمريكية برصد نسبة انتشار صعوبات التعلم في العام (1976م/1977م). فكما أشرنا سابقاً، أن أحد الأسباب التي أدت إلى تقدم هذا الميدان تعود إلى اختلاف طريقة التعرّف وتحديد الأفراد ذوي صعوبات التعلم، من الاعتماد على التباين بين التحصيل الأكاديمي ونسبة الذكاء باتجاه الاعتماد على الاستجابة للمعالجة للمعالجة، بينما يعتقد آخرون بأن سبب زيادة عدد الأفراد ذوي صعوبات التعلم يعود إلى تغيرات اجتماعية وثقافية قادت بعض الأطفال الضعاف تعليمياً إلى تطوير شكل من أشكال صعوبات التعلم (Hallahan, 1992).

فعلى سبيل المثال نرى أن عدد الأطفال الفقراء تضاعف بين عامي 1975 و1993. وعلى الرغم من تناقص تلك الأرقام في فترة التسعينيات من القرن الماضي، إلا أنها عادت إلى ازدياد، فأربعة عشر مليون طفل يعيشون في أسر تحت خط الفقر الوطني (Wright, Chau&Avatani, 2010)، ومن المعروف وجود ارتباط بين نسب الفقر المرتفعة وبالعديد من المشكلات الاجتماعية والتعليمية، وحتى الأسر غير الفقيرة تعيش الآن تحت ضغط لم تعيشه من قبل، فمعظم جهد الأهالي ينصب حالياً على مساعدة أبنائهم في الأعمال المدرسية، وتوفير الدعم الاجتماعي لهم.

ويرى آخرون أن هناك علاقة ارتباطية بين تناقص أعداد الطلبة المشخصين بوصفهم معاقين عقلياً وبين تزايد عدد الطلبة المشخصين بأنهم ذوو صعوبات تعلم. فتشير الأدلة المتوافرة إلى أن إدارة المدرسة غالباً ما تتجاوز في تطبيق التعليمات باستخدامها تسمية (تصنيف) صعوبات التعلم بدلاً من استخدام تسمية الإعاقة العقلية لتعبيرها عن وصمة اجتماعية غير مستحبة. (MacMillan, Greham& Bocian, 1998; MacMillan & Siperstein, 2002).

وعلى الرغم من أن نسبة انتشار الأفراد المعرّفين بوصفهم ذوي صعوبات تعلم قد تضاعفت منذ عام 1970م، يبدو أنه من المهم الإشارة إلى أنها بعد أن تجاوزت نسبة 5.66% في نهاية التسعينيات قد عادت إلى أقل من 5% في الوقت الراهن، حيث يعود هذا التحوّل إلى الجهد الواعي باستخدام نظام أكثر صرامة في التعرّف إلى صعوبات التعلم؛ بسبب تزايد القلق من النمو غير النهائي في أعداد الطلبة ذوي صعوبات التعلم ونسبتهم. ومن الجدير بالذكر إنه ما يزال من غير المعروف ما إذا كانت النسبة المتناقصة في انتشار صعوبات التعلم تعود إلى استخدام معيار الاستجابة للتدخل أو المعالجة، بدلاً من التباين بين التحصيل الأكاديمي ونسبة الذكاء باعتباره محكاً للتعرف إلى الأفراد ذوي صعوبات التعلم.

الفروق تبعاً للجنس (النوع الاجتماعي) Gender Differences:

تبلغ نسبة الذكور الذين يعانون من صعوبات تعلم إلى الإناث بحوالي (1:3) (Cortiella, 2009)، ويقترح بعض الباحثين أن تفسير هذه النسبة قد يعود إلى أن الذكور يعانون ضعفاً بيولوجياً أكبر منه لدى الإناث، كما أن نسبة وفيات الذكور حديثي الولادة أعلى منها لدى الإناث، بالإضافة إلى أن الذكور معرضون لخطر الإصابة بالطفرات البيولوجية أكثر من الإناث. ويرى بعض الباحثين أن ارتفاع

نسبة الذكور ذوي صعوبات التعلم قد يعود إلى تحيزٌ في إجراءات الإحالة، حيث يقترحون أن الذكور غالباً ما يحالون لتلقي خدمات التربية الخاصة؛ بسبب مشكلاتهم الأكاديمية التي ترافقها مشكلات سلوكية تزعج معلميهم، كالنشاط الزائد حيث تختلط الأبحاث حول هذه القضية (Clarizio & Phillips, 1986; Leinhardt, Seewald & Zigmond, 1982; S.E. Shaywitz, Shaywitz, Fletcher, & Escobar, 1990)، وفي هذه الحالة، يبدو آمناً استنتاج أنه:

".... يوجد بعض التحيز، ولكن الضعف البيولوجي لدى الذكور يلعب دوراً في تلك النسبة المرتفعة بين الذكور، فعلى سبيل المثال، تشير الأرقام الحكومية أن نسبة إصابة الذكور في كل الإعاقات التي لا يمكن أن نتخيل أنها تعود لتحيز في القياس أو أخطاء في الاحالة، مثل الإعاقة السمعية (53% ذكور)، والإعاقة الجسمية (53% ذكور)، والإعاقة البصرية (56% ذكور)" (Hallahan, Lloyd, Kauffman, Weiss & Martinez, 2005, P.35).

أسباب صعوبات التعلم Causes of Learning Disabilities:

شكك العديد من المختصين ولسنوات عديدة، بأن العوامل البيولوجية تقف وراء السبب الرئيس لصعوبات التعلم، فعندما كان ميدان صعوبات التعلم في طور التبلور، لاحظ المختصون أن الكثير من الأطفال أظهروا خصائص سلوكية – كالتشتت، والنشاط الزائد، والمشكلات اللغوية والاضطرابات الإدراكية – مشابهة لتلك التي يُبديها الأطفال المصابون بالتلف الدماغي، كأولئك الأفراد الذين يعانون من الجلطة الدماغية أو الإصابة الدماغية (راجع لمزيد من المعلومات Hallahan & Mercer, 2002).

وفيما يتعلق بمعظم الأطفال ذوي صعوبات التعلم، فإن الدليل العصبي المتوافر على وجود تلف في الصفائح الدماغية لديهم يبدو قليلاً، لذلك فإن مصطلح الخلل الوظيفي Dysfunction حلّ محل مصطلحي الإصابة Injury أو التلف Damage. فغالباً ما يتم إحالة الطفل ذي صعوبات التعلم حالياً على أنه مصاب بخلل في الجهاز العصبي المركزي أكثر من كونه يعاني من إصابة دماغية؛ فالخلل الدماغي لا يعني بالضرورة تلفاً في الصفائح الدماغية، وإنما يُشير إلى خلل في وظيفة الدماغ أو في الجهاز العصبي المركزي.

وقد وثّق الباحثون الخلل الوظيفي العصبي باعتباره سبباً محتملاً لصعوبات التعلم باستخدام أساليب التصوير العصبي مثل، التصوير بالرنين المغناطيسي Magnetic Resonance Iimaging (MRI)، والتصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي Functional Magnetic Resonance Imaging (FMRI)، والتحليل الطيفي بالرنين المغناطيسي Functional Magnetic Resonance Spectroscopy (FMRS)، ومسوحات مقدار انبعاث أشعة البوزيترون Positron-Emission Tomography (PET) Scans، وقياس النشاط الكهربائي للدماغ باستخدام الطاقة الكامنة المرتبطة بالحدث Event-Related Potentials (ERPs). وفيما يلي توضيح موجز لهذه الأساليب:

- يتضمن التصوير بالرنين المغناطيسي إرسال أمواج صوتية إلى داخل الدماغ للخروج بصور مقطعية للدماغ.
- يعد التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي والتحليل الطيفي بالرنين المغناطيسي أسلوبين معدلين من التصوير بالرنين المغناطيسي، فبالإضافة لعمل التصوير بالرنين المغناطيسي فإنهما

يعملان على معرفة التغيرات التي تحدث في الدماغ في أثناء القيام بمهمة ما كالقراءة مثلاً.

شكل 3.1

- يستخدم مسح مقدار انبعاث أشعة البوزيترون مثل التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي والتحليل الطيفي بالرنين المغناطيسي عندما يقوم الفرد بمهمة ما. حيث يحقن الفرد بمحلول يحتوي على كمية قليلة من الأشعة التي تسمح بتجمع النيرونات النشطة، ويتم استخدام ماسح ضوئي لاستقصاء المحلول المشع، بحيث يمكن للباحثين أن يحددوا الأجزاء الدماغية التي تتفاعل مع المهمات المختلفة.
- يقيس أسلوب الطاقة الكامنة المرتبطة بالحدث استجابة الدماغ للمعالجة المعرفية والادراكية الناجمتين عن استخدام التخطيط الكهربائي للدماغ (EEG) Elctroencephalography.

وقد تمكن الباحثون من خلال استخدام الأساليب سابقة الذكر المعتمدة على التصوير العصبي لجمع الأدلة المتعلقة بالفروق في بنية الدماغ ووظيفته بين مختلف الأفراد العاديين وذوي صعوبات التعلم، وبالأخص ذوي صعوبات القراءة. وتشير الفروق في بنية الدماغ إلى أمور كحجم المناطق المتنوعة في الدماغ، أما الفروق في وظيفة الدماغ فتشير إلى الأنشطة الدماغية. فقد أشارت دراسات التصوير العصبي على نحو متسق إلى وجود فروق في بنية الفص الدماغي الأيسر ووظيفته لدى الأفراد المعسرين قرائياً، كما هو مبين في الشكل (3.1) (أنظر Gabrieli, 2009 لمراجعة هذا البحث). وتمكن الباحثون من التوصل إلى أن استجابات حديثي الولادة للمثيرات الكلامية ترتبط مع مستوياتهم اللغوية في مرحلة ما قبل المدرسة من خلال استخدام أسلوب الطاقة الكامنة المرتبطة بالحدث (Guttorm et al., 2005)، وكذلك التنبؤ ما إذا كانوا سيعانون صعوبات قرائية في الثامنة من العمر (Molfese, 2000)، وقد يكون لاستخدام هذا الأسلوب في المستقبل مقترناً مع أساليب القياس النفسي التربوي الأخرى القدرة في تحديد الأطفال المعرضين لصعوبات قرائية مستقبلية (Hoeft et al., 2007).

وعموماً، يبدو أن نتائج تلك الدراسات ليست حتمية لجميع الطلبة المشخصين بوصفهم ذوي صعوبات تعلم، ولكنها على الرغم من ذلك أدت إلى تحوّل كثير من المتشككين إلى الاعتقاد بأن الخلل الوظيفي في الجهاز العصبي المركزي قد يكون السبب في كثير من صعوبات التعلم إن لم يكن السبب الرئيس في معظم حالات الإصابة بصعوبات التعلم. وحتى في الحالات التي يكون فيها الفرد غير متأكد تماماً من أن صعوبات التعلم تعود إلى الخلل الوظيفي العصبي، ويبقى السؤال الماثل: كيف أصيب الفرد بالخلل الوظيفي العصبي؟ ويمكن أن يقع السبب المحتمل لذلك ضمن ثلاث مجموعات عامة هي: العوامل الجينية، والتسمم، والعوامل الطبية.

العوامل الجينية Genetic Factors:

أجمعت العديد من الدراسات ولسنوات عديدة على إمكانية موروثيّة صعوبات التعلم، ويبدو أن أكثر أنواع الدراسات شيوعاً في هذا المجال تلك المتصلة بالدراسات الأسرية والدراسات الوراثية، حيث تستقصي الدراسات الأسرية درجة إمكانية حدوث صعوبات التعلم في الأسرة الواحدة؛ بمعنى تحديد درجة انتقال صعوبات التعلم من الآباء للأبناء. فقد وجد الباحثون أن ما نسبته بين 35-45% من أقارب الدرجة الأولى من المصابين بصعوبات القراءة لديهم صعوبات في القراءة (Hallgren, 1950; Olson, Wise, Conners, Rack & Fulker, 1989; Pennington, 1990; Schulte-Korne et al., 2006)، كما أن خطر تعرض الأبناء لصعوبات القراءة يرتفع لدى أولئك الذين لديهم أبوان يعانيان من صعوبات القراءة (W.H. Raskind, 2001) ويعمم هذا الحال على أولئك الأفراد ذوي اضطرابات الكلام واللغة (Beichtman, Hood & Inglis, 1992; Lewis, 1992; Schulte-Korne et al.,2006)، وذوي صعوبات التهجئة (Schulte-Korne, Deimel, Muller, Gutenbrunner & Remschmidt, 1996; Schulte- Korne et al., 2006).

وربما يمكن الاشارة إلى وجود دور للعوامل البيئة في انتقال صعوبات التعلم ضمن العائلة الواحدة؛ فمن الممكن مثلاً أن ينقل الآباء ذوو صعوبات التعلم تلك الصعوبات لأبنائهم عن طريق ممارستهم لأنماط التنشئة الوالدية غير الملائمة. كما توجد طريقة أخرى تمثل أسلوباً أكثر إقناعاً لتحديد ما إذا كانت صعوبات التعلم موروثة أم لا، وهي دراسات القابلية الوراثية Heritability Studies، والتي تقوم بمقارنة نسب انتشار صعوبات التعلم لدى التوائم المتطابقة بتلك النسب لدى التوائم غير المتطابقة. فقد وجد الباحثون أن صعوبات القراءة والحساب واضطرابات الكلام واللغة تنتشر بين التوائم المتطابقة أكثر من انتشارها لدى التوائم غير المتطابقة (Defries, Gilliis & Thomson, 1992; Re-ynolds et al.,1996; Shalev, 2004)، فإذا وجد توأم متطابق وتوأم غير متطابق لديهما صعوبات تعلم، فإن احتمالية وجود صعوبات التعلم لدى التوأم المتطابق الثاني يكون أكثر منها لدى التوأم غير المتطابق الثاني.

وتماشياً مع تسارع نتائج الدراسات الجينية الحيوية، توافرت أدلة تشير إلى وجود جينات مرتبطة ببعض أنواع صعوبات التعلم، ويُجمع علماء الجينات على أنه لا يوجد جين معين يسبب صعوبة التعلم، ولكنهم تمكنوا من تحديد أربعة جينات مرشحة للاقتران بطريقة أو بأخرى بصعوبات التعلم (Fisher, 2006; Galaburda, Lourco, Ramus, Fitch & Rosen, 2006; McGrath, Smith && Francks, 2006; Pennington, 2006; Plomin & Kovas, 2005; Smith, 2007). ومن المثير للاهتمام أن بعض تلك الجينات يرتبط بأكثر من نوع واحد من صعوبات التعلم، بمعنى أن هناك جينات ترتبط بصعوبات القراءة، والحساب، والتهجئة (Hayworth et al., 2009; Plomin& Kovas, 2005). وكما ناقشنا في الفصل الخاص بالإعاقة العقلية من هذا الكتاب، فإنه من المفيد أن نتذكر أن للبيئة دوراً مهماً في صعوبات التعلم وخاصة في المراحل المبكرة منها، كما يبدو عليه الحال بالنسبة لتعلم مهارات القراءة (Petrill, Deater-Declard, Thompson, Dethorne & Schatschneider, 2006).

التسمم Toxins:

يحدث التسمم عن طريق استخدام وسائط يمكن أن تسبب التشوهات أو الإعاقات في مراحل تطوّر الأجنة. فكما أشرنا في فصل الإعاقة العقلية، يمكن لمتلازمة الجنين الذي تعرض للكحول Fetal Alcohol Syndrome (FAS)، واضطرابات طيف الجنين المعرض للكحول Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) أن تسبب الإصابة بالإعاقة العقلية، وعليه فقد أفادت السلطات الصحية أن بعض الناس يستخدمون مستويات غير مرتفعة من تلك المؤثرات العقلية (كالكحول والمخدرات) التي لا تسبب الإعاقة العقلية، ولكن يمكنها أن تسبب صعوبات التعلم.

العوامل الطبية Medical Factors:

يمكن للعديد من الأمراض أو الظروف الصحية غير الطبيعية التي تصيب الأطفال أو أمهاتهم في أثناء فترة الحمل أو الولادة أن تسبب الإعاقة العقلية أو صعوبات التعلم وذلك اعتماداً على درجة شدتها. فعلى سبيل المثال، تعرض الولادة المبكرة للأطفال إلى خطر الإصابة بالخلل الوظيفي العصبي وصعوبات التعلم (Aarnoudse-Moens, Weisglas-Kuperus, Van Goudoever & Oosterlaan, 2009)، وكذلك بالنسبة للأطفال المولودين المصابين بالأيدز الذين يتعرضون لتلف عصبي قد يؤدي إلى صعوبات تعليمية.

الخصائص السلوكية العصبية Psychological and Behavioral Characteristics:

قبل الشروع في مناقشة الخصائص الشائعة التي يتصف بها الأفراد ذوو صعوبات التعلم، يبدو مفيداً أن نشير إلى أهم سمتين ترتبطان بالتنوّع لدى أولئك الأفراد، وهما: التنوّع البيئي Inter-Individual Variation، والتنوّع الذاتي Intraindividual Variation.

التنوّع البيني Interindividual variation:

من الطبيعي أن نجد بين الطلبة ذوي صعوبات التعلم من يعاني من مشكلات في القراءة، أو في الحساب، أو في التهجئة، والمصطلح المستخدم للدلالة على هذا التنوّع يسمى عدم التجانس Heterogeneity، بمعنى أن فئة صعوبات التعلم تضم طلبة يعانون من مشكلات وصعوبات تعلم متنوّعة. على الرغم من اعتبار عدم التجانس هذا علامة فارقة لدى الطلبة في مختلف فئات التربية الخاصة، إلا أن الحال يطبق كذلك على فئات الأفراد ذوي صعوبات التعلم، فعدم التجانس يفرض على المعلمين تحدياً واضحاً في تخطيطهم لبرامج مناسبة لمجموعات متنوعة من الطلبة في صفوفهم.

التنوّع الذاتي Interaindividual variation:

فبالإضافة للفروق الملاحظة بين الفرد والآخرين، يظهر الأطفال ذوو صعوبات التعلم تنوعاً في قدراتهم الذاتية؛ فيمكنك أن ترى طفلاً مستوى تحصيله القرائي أعلى بصفين أو ثلاثة صفوف من مستوى صفه، ولكن مستواه الحسابي أقل من مستوى صفه بصفين أو ثلاثة صفوف. وتشير أدبيات

صعوبات التعلم إلى عدم التساوي في القدرات لدى أولئك الأطفال بتسمية ذوي صعوبات التعلم المحددة Specific Learning Disabilities . ونتحول الآن لمناقشة بعض أكثر الخصائص شيوعاً لدى الأشخاص ذوي صعوبات التعلم.

مشكلات التحصيل الأكاديمي Academic Achievement Problems:

يعد تدني التحصيل الأكاديمي علامة فارقة في صعوبات التعلم، فلا وجود لصعوبات التعلم إن لم توجد مشكلات في التحصيل الأكاديمي أساساً. وتشكل القراءة المشكلة الأصعب لمعظم الأطفال ذوي صعوبات التعلم، حيث من المرجح أن يواجه الأطفال ذوو صعوبات القراءة مشكلات في ثلاثة جوانب من القراءة كفك الرموز، والطلاقة، والاستيعاب (Hallahan et al., 2005)، ويشير فك الرموز إلى القدرة على تحويل اللغة المكتوبة إلى لغة منطوقة، ويعتمد كثيراً على الوعي بالأصوات الكلامية والوعي بالأصوات، التي تشير إلى فهم محتويات الكلام كالوحدات الصوتية الصغيرة للكلمات والمقاطع والحروف (Pullen, 2002; Troia, 2004).

التركيز على المفاهيم

عسر القراءة (الديسلكسيا) Dyslexia: نفس العقول، ولغات مختلفة.

تقترح نتائج البحوث الحديثة أن متحدثي اللغة الإنجليزية الضعاف قد يكونو معرضين لعسر القراءة، وهو اضطراب لغوي يجعل القراءة والكتابة تشكل تحدياً نتيجةً للطبيعة المخادعة للغة. ويتميز نمط مشكلات التهجئة والذاكرة بأساس جيني قوي يتمثل في وجود بعض الشذوذ العصبي الذي يسبب ذلك الاضطراب، ولكن يبدو أن هناك أثراً ثقافياً يرتبط بهذا الاضطراب، وربما يعود ذلك الاعتقاد إلى أن نسبة انتشار عسر القراءة تكثر في بلدان معينة، فمثلاً تبلغ نسبة المعسرين قرائياً في الولايات المتحدة ضعفي نسبة الانتشار لدى أمثالهم في إيطاليا، ولذلك يعتقد بعض الباحثين وجود لغات معينة تشكل وسطا أكثر مناسبة لظهور عسر القراءة فيها أكثر من غيرها، ويدعم هذا الاعتقاد نتائج دراسات التصوير الدماغي الحالية في هذا المجال.

فقد قام فريق من الباحثين متعددي الجنسيات باستخدام مسوحات الكشف عن مقدار انبعاث أشعة البوزيترون Positron-Emission Tomography (PET) Scans لملاحظة النشاط الدماغي لدى مجموعة من الراشدين البريطانيين والفرنسيين والطليان في أثناء قيامهم بالقراءة (Paulesu et al., 2001). وبصرف النظر عن لغتهم الأصلية، أظهر الأفراد ذوو أعراض عسر القراءة نشاطاً عصبياً أقل في الجزء الدماغي الضروري للقراءة.

ويضيف عالم الأعصاب إيلاردو باليسو Eraldo Paulesu من جامعة ميلان بيوكا في إيطاليا: "من الناحية العصبية، يبدو المرض متشابهاً جداً لدى الأفراد الذين يتحدثون لغات مختلفة؛ لذلك، فإن اختلاف نسب الانتشار بين البلدان لا بد أن يعود إلى شيء آخر". ومن هنا يضع الباحثون اللوم في حدوث عسر القراءة على طبيعة اللغة، فاللغة الإنجليزية تتكون من أربعين صوتاً، ويمكن تهجئتها بـ 1120 طريقة مختلفة، في حين أن تهجئة اللغة الفرنسية تُثير الجنون تقريباً، أما بالنسبة للإيطاليين، فالمطلوب منهم أن يستخدموا 25 صوتاً كلامياً مختلفاً في 33 مجموعة من الأحرف فقط. ولهذا، فليس من المستغرب أن تجد طلبة المدارس الإيطالية يقرؤون على نحو أسرع وأكثر دقة من أقرانهم البريطانيين، كما أنه ليس من المستغرب أن نجد الإنجليز والفرنسيين يمضون وقتاً أصعب في معالجة

اضطراباتهم القرائية؛ لأن لغتهم تحتوي نظاماً اعتباطياً معقداً في التهجئة، فمقارنة بأقرانهم العاديين، أظهر المعسرون قرائياً في البلدان الثلاث نشاطاً أقل في أجزاء الفص الدماغي الأيسر في أثناء القراءة (أنظر شكل 3.1)، فالمناطق الأقل استخداماً مألوفة بالنسبة لعلماء الأعصاب؛ حيث يفقد المرضى المصابون بالسكتة الدماغية غالباً القدرة على القراءة والتهجئة حتى وإن استمروا في الكلام بطلاقة.

ويؤكد باليسو أن نتائج الأبحاث لا تزودنا بحلول جاهزة في كيفية مساعدة المعسرين قرائياً للتعامل مع صعوبة القراءة لديهم، وذلك على الرغم من بساطة تهجئة الطلبة الطليان والأتراك والأسبان ومباشرتها، وقد يدعونا ذلك إلى التعاطف مع الطلبة الفرنسيين والانجليز الذين يشكون من حاجتهم لتذكر تهجئة الكلمات اعتباطياً مما يجعلهم يشعرون بالفشل.

وينطوي الوعي الصوتي على أهمية بالغة (Blachman, 2001; Boada & Pennington, 2006)، حيث يدرك الأطفال ذوو الوعي الصوتي الطبيعي أن الكلمة تتكون من مجموعة من الأصوات المنتظمة معاً لتكوين تلك الكلمة. ومن المثير للاهتمام أن العديد من الدراسات توصلت إلى نتائج تقترح أن قُرّاء الإنجليزية يواجهون صعوبات في الوعي بالأصوات الكلامية أكثر من قُرّاء اللغات الأخرى، وقد قادت نتائج تلك الدراسات العديد من المختصين إلى الاعتقاد بأن صعوبات القراءة تعد أكثر انتشاراً في الدول الناطقة بالانجليزية من باقي الدول (أنظر The Focus on Concepts box, "Dyslexia," 148)، كما يواجه الأطفال الذين يعانون صعوبة في فك الرموز ومشكلات في الطلاقة القرائية، والتي تشير إلى القدرة على القراءة بسلاسة ودون مشقة، ويعد مقدار القراءة والقدرة على قراءة التعبير المناسب من مكونات الطلاقة القرائية، حيث إن وجود مشكلات في الطلاقة القرائية يعبّر عن سبب رئيس لصعوبة الاستيعاب القرائي لدى الأطفال (Good, Simmons & Kame'enui, 2001)؛ التي تشير إلى ضعف قدرة الفرد على اكتساب المعنى من المادة المقروءة؛ بمعنى أن القراءة البطيئة أو بطريقة متعثرة تحد من قدرة الفرد على استيعاب النص.

وفيما يتعلق باللغة المكتوبة Written Language، غالباً ما يواجه الأطفال ذوو صعوبات التعلم مشكلات في واحدة أو أكثر من المجالات الآتية: الكتابة اليدوية، والتهجئة، والتعبير الكتابي (Hallahan et al., 2005)، وعلى الرغم من حقيقة أنه حتى أفضل الطلبة لا يظهرون كتابة يدوية متميزة، إلا أن نوع المشكلات التي يظهرها بعض الطلبة ذوي صعوبات التعلم في الكتابة اليدوية تبدو شديدة جداً، فأحياناً تجدهم بطيئين جداً في الكتابة، وأحياناً تجد إنتاجهم الكتابي يؤهلهم لتلقي خدمات التربية الخاصة، ويمكن أن تمثل التهجئة لديهم مشكلة حقيقية؛ بسبب صعوبة فهم الربط بين الأصوات والأحرف، كما أشرنا لذلك في الجزء السابق.

وبالإضافة للمجالات الأكثر آلية والمتعلقة بالكتابة اليدوية والتهجئة، فإن الأطفال ذوي صعوبات التعلم عادةً ما يواجهون صعوبة في الجوانب الأكثر إبداعية كالتعبير الكتابي (Graham & Haris, 2011)، ومقارنةً بأقرانهم العاديين نجدهم يستخدمون تراكيب غير معقدة في الجملة، ويستخدمون أنواعا قليلة من الكلمات، ويكتبون فقرات تفتقر إلى التنظيم، ويُظهرون أفكاراً قليلة في إنتاجهم الكتابي، ويكتبون قصصاً تحتوي قدراً قليلاً من العناصر العامة كتحديد الشخصيات الأساسية، وتحديد المشاهد، ووصف عقدة القصة التي تتطلب الحل المناسب (Hallahan et al., 2005).

أما بالنسبة للغة المنطوقة Spoken Language؛ فيواجه العديد من الطلبة ذوي صعوبات التعلم مشكلات في الاستخدامات الآلية والاجتماعية للغة، فمن الناحية الآلية نجدهم يواجهون صعوبات في القواعد وتكوين الجمل والأصوات الكلامية، المتمثلة في القدرة على تجزئة الكلمات إلى الأصوات المكونة لها ومزج الأصوات معاً لتشكيل الكلمات. وغالباً ما يشار في الأدب إلى الاستخدام الاجتماعي للغة بالقابلية للاستخدام، حيث إن الأطفال ذوي صعوبات التعلم غالباً ما يكونون غير قادرين على المبادرة أو تلقي الحوار، فعادةً ما يوصفون بأنهم محاورون غير جيدين؛ بمعنى أنهم لا يستطيعون الانخراط في المحادثة بما تتضمنه من أخذ وعطاء في أثناء التواصل بين الأفراد. فعلى سبيل المثال، عادةً ما تتصف أحاديث الأطفال ذوي صعوبات التعلم بفترات صمت طويلة؛ لأنهم لا يستخدمون الاستراتيجيات التي تضمن مواصلة الحديث والتي يستخدمها أقرانهم العاديون، فهم ليسوا ماهرين في الاستجابة لعبارات الآخرين أو أسئلتهم، ويميلون لإجابة الأسئلة التي يطرحونها قبل أن يأخذ الآخرين الفرصة في الإجابة عليها، كما يميلون إلى إصدار تعليقات غير مرتبطة بالموضوع مما يصيب الآخرين بعدم الارتياح. وقد أشار (Bryan, Donahue, Pearl & Sturm, 1981)، في دراستهم التي هدفت لدراسة الفروق بين الطلبة العاديين والطلبة ذوي صعوبات التعلم أثناء تأديتهم دور المضيف في برنامج تلفزيوني حواري، إلى أن الطلبة ذوي صعوبات التعلم عندما لعبوا دور المضيف في البرنامج سمحوا للطلبة العاديين أن يتسيدوا المحادثات كونهم الأقدر على القيام بذلك، وقد أبدى الضيوف علامات عدم الراحة خلال المقابلات التي أجراها الطلبة ذوو صعوبات التعلم لأنهم لم يديروا الحوارات بطريقة مريحة.

أما فيما يتعلق بالحساب Math ؛ فعلى الرغم من أن اضطرابات القراءة والكتابة واللغة حظيت تقليدياً باهتمام بحثي وعملي أكبر من الصعوبات الحسابية، إلا أننا بدأنا نشهد مؤخراً اهتماماً متزايداً بصعوبات الحساب، فقد أدركت السلطات التربوية أن نسبة انتشار صعوبات الحساب مرتفعة وتمثل ثاني نسبة انتشار بعد صعوبة القراءة (Kunsch, Jitendra & Sood, 2007;Swanson & Jerman, 2006)، وتتضمن تلك الصعوبات أنواعاً مختلفة من أبرزها صعوبات حساب الحقائق الرياضية والمسائل الحسابية (L.S. Fuchs et al., 2011)، وصعوبة تحديد العدد اللاحق أو التالي لعدد ما، التي غالباً ما تعود إلى توظيف استراتيجيات غير فعّالة في حل المشكلات.

قصص نجاح

عمل راندي بجد في المنزل، وساعدته المدرسة ليتمكن من القراءة في مستوى صفه

تقول معلمة التربية الخاصة سيليا جوتيسمان "ما لم تعمل بجد، وبسرعة اكبر، وبتركيز أشد فلن يتمكنوا من اللحاق بك".

راندي دانيالز في العاشرة من العمر، بدأ مؤخراً دراسته في الصف الخامس في مدرسة غابة البحيرة الأساسية في فلوريدا، وتالياً مفاتيح نجاحه:

- تدريس مكثف في القراءة والحساب،
- مراقبة حثيثة للتقدم،

مكافآت محددة ودعم أبوي.

لقد أنهى راندي صفه الثالث متخلفاً عن زملائه في القراءة بمقدار صف دراسي، وقد تمكن -بكل فخر- من اللحاق بزملائه في هذه السنة، فعندما سمع هذه الأخبار السارة صاح قائلاً ثلاث مرات "لقد فعلتها!". وتقول الدكتورة جوتيسمان: "تقدم راندي صفين في القراءة خلال سنة واحدة تضمنت خبرات فصلين صيفيين مكثفين في المدرسة، وهذا إنجاز هائل". فقد عمل بجد في المنزل، وتلقى المساعدة في المدرسة ليحقق النجاح من خلال خدمات التربية الخاصة المكثفة والمتتابعة.

تدريس مكثف في القراءة والحساب: يحب راندي الكرة، ويحاول أن يقدم أفضل ما لديه، ولكنه تعثر في المحافظة على مستواه الصفي في العام الماضي، وقد تلقى في الفصل الصيفي تدريباً مكثفاً لمدة 90 دقيقة يومياً في غرفة المصادر من الدكتورة جوتيسمان والسيدة سكيمد، واللتين ساعدتاه في تقوية مهاراته الأكاديمية من خلال استخدام مزيج من التقويم التكويني، والتدريس المباشر، والتدريب على استخدام الاستراتيجيات المعرفية، بالإضافة إلى الكثير من التعزيز الإيجابي والاهتمام الشخصي. وقد حصلتا على النتائج المرجوة كفريق عمل فعّال، وربما ساهم هذا النجاح في أن تحصل مدرستهما -ذات الظروف الصعبة- على التقدم السنوي المناسب على مستوى المنطقة التعليمية.

ما تزال سيليا جوتيسمان تدرّس القراءة والحساب للطلبة غير العاديين في المدرسة ذاتها، ومع أن السيدة سكيمد تقاعدت بعد تدريسها في المدرسة لمدة طويلة، إلا أنها عادت وتطوّعت للعمل في المدرسة ذاتها لمساعدة سيليا في تدريس الطلبة غير العاديين، حيث يعني لها هذا العمل تسريع تقدم الطلبة غير العاديين لأقصى درجة ممكنة، وتضيف: "من خلال القياس المتكرر للحاجات الاجتماعية والأكاديمية لأولئك الطلبة يمكننا تحديد مقدار السرعة الذي يمكننا القيام به لكي ندعم تقدمهم"، وكأم لثلاثة أبناء تخرجوا من الجامعة وعانوا من صعوبات تعلم، تقول: "ما لم نعمل بجد وبسرعة وعلى نحو مكثف مع هؤلاء الطلبة، فلن يتمكنوا من اللحاق بأقرانهم".

ولتنمية الاستيعاب والطلاقة القرائية لدى راندي، قامت سيليا بتعديل سرعة التدريس، فألحقته بمجموعة صغيرة من الطلبة الذين يعانون من صعوبات مشابهة في المفردات والمفاهيم، واستخدمت بعض الاستراتيجيات المثبتة بحثياً لمساعدته في ترسيخ المحتوى الأكاديمي. وقد تلقى راندي تدريساً فردياً مكثفاً من السيدة سكيمد، مما ساعده على تحقيق التقدم المرغوب، فهي تعرف جيداً أهمية جمع المعلومات؛ لأن مهنتها الأولى كانت الصيدلة، بمعنى أن خلفيتها كانت علمية.

مراقبة حثيثة للتقدم: استندت سيليا جوتسمان في تدريسها إلى القياسات المتكررة، فتقول: "نبدأ العام الدراسي بمعلومات تشخيصية كثيرة، حيث نستخدم بيانات من مصادر مختلفة لتخطيط تدريسنا ومراقبة التقدم، وتتضمن تلك المصادر اختبارات رسمية وطنية، وقوائم القراءة، والقياس المستند إلى المنهاج"، وفي حالة راندي استخدمت السيدة سكيمد مواد صفية لفحص طلاقته القرائية ومعرفته للحقائق الحسابية، وقد رسمت مخططاً بيانياً لعدد الكلمات التي قرأها بالدقيقة، ورسمت جدولاً تكرارياً لعدد الحقائق الحسابية الصحيحة وغير الصحيحة التي استخدمها في ستة أسابيع، وقد ساعدت هذه المراقبة الدقيقة في توجيه عملية تدريس راندي، حيث تضيف سيليا بهذا الشأن: "يوجد في أذهاننا مستوى إتقاني واضح لكل طفل يتحدد في ضوء نتائجه الأولية، حيث يمكننا تحديد المهارة التي نريد تدريسها، واستخدام أساليب تدريس مدعومة بحثياً في تدريس تلك المهارة، ثم نقيس مدى استجابة الطالب لتدريسنا". وتتابع قائلة: "لقد توقعنا أن يرتفع مستوى قراءة راندي على اختبار التحصيل الوطني بمقدار 75 نقطة، ولكنه حقق أكثر من 100 نقطة في القراءة وأكثر من 200

نقطة في الحساب".

◦ مكافآت محددة ودعم أبوي: بحسب ما أفاد به معلمي راندي، ذهب معظم الثناء على النجاح الذي حققه لوالدته السيدة ليان لي؛ وذلك بسبب حرصها على ممارسته للقراءة في المنزل، وقد قالت: "لا أريد أن يبقى وضع ابني على حاله لأنه ولد أسود، ولكنني أريده أن يتعلم أن بإمكانه النجاح إذا عمل بجد". فقامت السيدة لي بإعداد برنامج راندي الدراسي لمتابعته في المنزل، وحصلت من مدرسته على كتب عمل لتعليم القراءة المتقنة، بل وطلبت من الدكتورة جوتسمان أن تعلمها كيف تدرّس ابنها، وقد بدأت السيدة لي باستخدام برنامج للمكافآت لتحسين علاماته في القراءة، حيث أمضى ما لا يقل عن 30 دقيقة يومياً في القراءة المنزلية. وقد تمثلت مكافآته باللعب في نادي بوب وارنر لكرة القاعدة بمرافقة زوج أمه الذي يعمل مدرباً في ذلك النادي، وأسرياً، كان راندي يعيش مع أختين صغيرتين، ومع والدته وزوجها اللذين يعملان بوظيفة كاملة طوال اليوم، حيث لم يكن سهلاً عليهم أن يبذلوا جهودهم المضنية لينجح في تحقيق الأهداف التعليمية التي حددتها المدرسة، وقد علقت والدته: "على الرغم من أنه طفل دائم الانشغال، إلا أن نظام المكافآت دفعه لتحقيق النجاح، وأن ما حققه كان رائعاً".

◦ معايير مجلس الأطفال غير العاديين Council of Exceptional Children: تعبيد الطريق للنجاح: قيّم الخطوات التي تتبعها لتحقيق النجاح في الاستجابة للمعايير المعرفية والمهارية الواجب توافرها في جميع معلمي التربية الخاصة المبتدئين العاملين مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم. واستخدم الأسئلة الآتية للتأمل في تطوّرك المهني في الجوانب المعرفية والمهارية والوجدانية.

تأمل في تطوّرك المهني؛ إذا كنت معلماً للطفل راندي ...

◦ ما مجالات تربية الطلبة ذوي صعوبات التعلم التي تود أن تعرف المزيد عنها؟

◦ ما المهارات المحددة التي ستساعدك في تحديد صعوباته التعليمية؟

◦ ما الميول الشخصية التي تعتقد بأنها الأكثر أهمية بالنسبة إليك لتطوير قدراتك في تدريس الطلبة ذوي صعوبات التعلم ليحققوا النجاح في إتقان مهارات جديدة؟

ومن خلال استخدام معايير مجلس الأطفال غير العاديين، تأمل الأسئلة الآتية:

◦ ما الإجراءات التي يمكنك استخدامها للتعرف إلى الأطفال المعرضين لخطر الإصابة بصعوبات التعلم؟ (LD8K3)

◦ ما الأساليب التدريسية التي يمكنك استخدامها مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم لمواجهة جوانب قصورهم في الادراك والاستيعاب والذاكرة والاسترجاع وتعويضها؟ (LD4S5)

◦ ما مصادر المناهج الخاصة والمواد المتاوفرة للاستخدام مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم؟ (LD7K2)

BY JEAN B. CROKETT

مشكلات الإدراك، الإدراك-الحركي، والتآزر العام

Perceptual, Perceptual-Motor, and General Coordination Problems:

تشير الدراسات إلى أن بعض الأطفال ذوي صعوبات التعلم يُظهرون صعوبات إدراكية سمعية أو بصرية (للمراجعة أنظر Hallahan, 1975; Willows, 1998)، فقد يواجه الطفل الذي يعاني من مشكلات في الإدراك البصري صعوبة في حل المتاهات البصرية أو في رؤية الأشكال البصرية وتذكرها. فعلى سبيل المثال، قد يميل ذلك الطفل إلى عكس الحروف المتشابهة (مثل: ب-ن، و ط-ظ). بينما قد يواجه الطفل الذي يعاني من صعوبات في الإدراك السمعي صعوبة في التمييز بين كلمتين متشابهين (مثل: قلم-علم)، أو في اتباع التعليمات اللفظية.

كما لاحظ المعلمون والآباء أن بعض الطلبة ذوي صعوبات التعلم يواجهون صعوبة في القيام بالأنشطة الجسمية التي تتضمن مهارات حركية، فغالباً ما يوصف أولئك الطلبة وكأن لديهم "قدمين يُسريين" أو "عشرة أصابع إبهام"؛ وربما يمثل ذلك مشكلات في المهارات الحركية الدقيقة (العضلات الدقيقة)، أو مشكلات في المهارات الحركية الكبيرة (العضلات الكبيرة)، كما تتضمن المهارات الحركية الدقيقة التآزر بين نظامي الحركة والإبصار.

اضطرابات الانتباه والنشاط الزائد Disorders of Attention and Hyperactivity:

يظهر الطلبة ذوو مشكلات الانتباه مجموعة من الخصائص المتعددة كالتشتت والاندفاعية والنشاط الزائد، فغالباً ما يصفهم معلموهم وآباؤهم بأنهم غير قادرين على الاستمرار في أداء مهمة واحدة لفترة طويلة، ويفشلون في الاستماع لما يقوله الآخرون، ويتحدثون بلا توقف، ويقولون أول ما يخطر ببالهم دون تفكير، كما أنهم غير قادرين على تخطيط أنشطتهم داخل المدرسة وخارجها. وغالباً ما تكون تلك المشكلات شديدة مما يؤدي إلى تشخيصهم بأنهم يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)، الذي سنناقشه بالتفصيل في فصل لاحق. وعلى الرغم من تنوّع التقديرات، فقد وجد الباحثون على نحو متسق أن هناك تداخلاً تتراوح نسبته بين 10-25% بين اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وبين صعوبات التعلم (Forness & Kavale, 2002).

مشكلات الذاكرة وما وراء المعرفة Memory and Metacognitive Problems:

ترتبط مشكلات الذاكرة ومشكلات ما وراء المعرفة على نحو كبير، فمن المرجح أن الشخص الذي يعاني مشكلات في إحداها سيعاني من مشكلة أو أكثر من المشكلات في الأخرى.

فبالنسبة **للذاكرة**، يدرك الآباء والمعلمون أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من مشكلات في تذكر المواعيد والواجبات المدرسية، فغالباً ما يعبرون عن استيائهم وعدم فهمهم لكيف يمكن لطفل ذكي أن ينسى مثل تلك الأشياء البسيطة.

ويعاني الطلبة ذوو صعوبات التعلم على الأقل من نوعين من مشكلات الذاكرة، وبالتحديد في الذاكرة قصيرة المدى Short Term Memory (STM)، والذاكرة العاملة Working Memory (WM) (Swanson, Kehler & Jerman, 2010; Swanson, Zheng & Jerman, 2009)، حيث تتضمن مشكلات الذاكرة قصيرة المدى صعوبة استدعاء المعلومات بعد رؤيتها أو سماعها بوقت قصير، في حين تتضمن مشكلات الذاكرة العاملة ما يؤثر في قدرة الفرد على الاحتفاظ بالمعلومات الحاضرة في ذهنه في أثناء قيامه بمهمة معرفية أخرى، ومن الأمثلة الجيدة على الذاكرة العاملة ما يتصل بالمهارات الحسابية، فغالباً ما يتطلب إجراء عملية حسابية ما القدرة على إبقاء حقائق رياضية معينة حيّة في ذهن الفرد لاستخدامها في إجراء خطوات متقدمة من العملية الحسابية؛ وذلك بهدف التوصل إلى إجابة ما.

وقد وجد الباحثون أن أحد الأسباب الرئيسة التي تضعف الطلبة ذوي صعوبات التعلم في مهمات الذاكرة أنهم لا يستخدمون استراتيجيات للتذكر على خلاف أقرانهم العاديين. فعلى سبيل المثال، عندما تقدم قائمة من الكلمات ليتم تذكرها، تجد معظم الأطفال يرددون الأسماء الموجودة في القائمة لأنفسهم، ويقسمون تلك الكلمات في مجموعات بناءً على العناصر المشتركة فيها، ثم يقومون بترديدها، بينما من غير المرجح أن يستخدم الطلبة ذوو صعوبات التعلم مثل تلك الاستراتيجيات بطريقة تلقائية، وعلى الرغم من ذلك، تشير الأبحاث إلى إمكانية تعليمهم استراتيجيات تحسين التذكر كالترديد، التي يمكن أن تساعدهم في تحسين أدائهم الأكاديمي.

وتتضمن ما رواء المعرفة على الأقل ثلاثة مكونات، وتتمثل في القدرة على إدراك متطلبات المهمة، واختيار استراتيجيات ملائمة وتطبيقها، ومراقبة الأداء وتكييفه (Butler,1998). فبالنسبة للمكون الأول المتمثل في القدرة على إدراك المتطلبات اللازمة لأداء المهمة نجد أن الطلبة ذوي صعوبات التعلم غالباً ما يعانون من مشكلات في الحكم على مدى صعوبة المهمة التي تعرض عليهم؛ فقد يُقدم أولئك الطلبة على قراءة موضوع تقني رصين بمستوى الاستعداد نفسه الذي يبدونه عندما يقرؤون قصة للمتعة في وقت الفراغ، ومن الأمثلة على المكُون الثاني المتمثل في القدرة على اختيار الاستراتيجيات الملائمة وتطبيقها، نجد أنه عندما يُسأل الطلبة ذوو صعوبات التعلم "كيف يمكنهم أن يتذكروا أخذ واجبهم البيتي إلى المدرسة في صباح اليوم التالي؟" فلا يقولون إنهم يقومون بأي من الاستراتيجيات الآتية: كتابة ملاحظة لتذكير أنفسهم، أو وضع واجبهم بجانب باب بيتهم ليتذكروا أخذه معهم إلى المدرسة في الصباح التالي، أو وضعه في حقيبة المدرسة، وهي الاستراتيجيات التي غالباً ما يقوم بها الطلبة العاديون، ومن الأمثلة على المكون الثالث والمتمثل في القدرة على مراقبة الأداء أو تكييفه "مراقبة الاستيعاب" Comprehension monitoring، والذي يشير إلى القدرات التي تم استخدامها أثناء قيام الفرد بالقراءة ومحاولة استيعاب النصوص، فكثيرٌ من الطلبة ذوي صعوبات التعلم يواجهون مشكلات في مقدرتهم على الإحساس بعدم فهمهم لما يقرؤون (Butler, 1998). فالقارئ الجيد يستطيع أن يشعر بعدم مقدرته على فهم ما يقرأ ويجري التعديلات اللازمة، كما يواجه الطلبة ذوو الصعوبات القرائية غالباً مشكلات في التقاط الأفكار الرئيسة في الفقرات أو فهمها.

المشكلات الانفعالية - الاجتماعية Social-Emotional Problems:

على الرغم من عدم معاناة جميع الأطفال ذوي صعوبات التعلم من مشكلات انفعالية-اجتماعية، إلا أنهم أكثر عرضة من أقرانهم العاديين لمواجهة تلك المشكلات، وتشير العديد من الدراسات إلى أنهم أكثر عرضة للاكتئاب والرفض الاجتماعي، والأفكار الانتحارية، والوحدة (Al-yong, 2007; Bryan, & Ergul, 2004; Daniel et al., 2006; Maag &Reid, 2006; Marglit, 2006)، فتأثيرات المشكلات السلوكية فيهم طويلة المدى ومدمرة، وغالباً ما يستمر ألم سنوات الرفض من الأقران في مرحلة الطفولة حتى سن الرشد، لدرجة يصعب تعافيهم منها بسهولة (Mcgrady, Lerner & Bos-cardin, 2001). (أنظر جدول الاتجاهات الشخصية "صعوبات التعلم وآلام الرفض"، لتشهد عمق الجروح العاطفية التي مر بها بعض الأفراد ذوي صعوبات التعلم).

اتجاهات شخصية (خبرات شخصية) PERSONAL PERSPECTIVE

صعوبات التعلم وآلام الرفض

يوضح المقتطف التالي - المأخوذ من كتاب سيرة ذاتية لشخص في الرابعة والثلاثين يعاني من صعوبات تعلم- الصعوبات التي يعانيها الأفراد ذوو صعوبات التعلم في تكوين الصداقات والمحافظة عليها.

لقد كانت إقامة صداقات جديدة أصعب عملية بالنسبة لي، وغالباً ما كنت أتجنب القيام بها؛ فقد كنت خجولاً جداً في الصف الأول لدرجة أن الآخرين تجنبوني ونظروا إليّ كشخص غريب الأطوار، بحيث كنت على القائمة السوداء للتواصل الاجتماعي! وقد سمع أبي -وهو قليل الأصدقاء أيضاً- عن مشكلاتي الاجتماعية، وقدم لي ما لا يرقى إلى مستوى النصيحة "إذا كانوا لا يحبونك، فاقصص عليهم الأكاذيب". وعندما أصبحت أفهم كلامه بدأت بطريقة مضطربة تنسجم مع فهمي لكيفية إقامة الصداقات، فلكي أحافظ على اهتمامهم بصداقتي قمت بكثير من الادعاءات حتى يزداد تقديرهم لي، وبصرف النظر عن مقدار ضخامة الكذب الذي كنت أدعيه.

ولم يمض وقت طويل حتى بدأ زملائي يفندون كذبي، وفي البداية حاولت الإصرار على صحة ادعاءاتي، ولكنني كنت عاجزاً عن تفسير سبب قيامي بذلك، ومدى تأثير ذلك فيهم، فسرعان ما أحبطني استمرار الجدل معهم. وعندما وصلت الصف الثالث أصبحت أتعرض للضرب دون أن استطيع الدفاع عن نفسي أو أن أجد أحداً يقدم لي المساعدة، فأصبحت مرفوضاً من الجميع في المدرسة؛ فلا أحد يرغب بمصادقة "الكذاب الشهير"، فتركوني وحيداً وقطعوا عليّ كل سبل التواصل الاجتماعي معهم. وقد أوقعني ذلك بحيرة كبيرة؛ فعندما حاولت في البداية أن أتعرف إليهم بسجيتي واجهوني بالعزلة، وعندما حاولت أن أكون كما يريدني الآخرون، كلفني ذلك خسارة أي فرصة في القبول الاجتماعي، ففي الحالتين لم أحصل على أي شيء (Queen, 2001,P5).

ويبدو أن أحد أسباب المشكلات الاجتماعية التي تواجه بعض الطلبة ذوي صعوبات التعلم تتمثل في قصور المعرفة الاجتماعية؛ حيث إنهم يسيؤون قراءة الإشارات الاجتماعية ويسيؤون تفسير مشاعر الآخرين وانفعالاتهم، فبينما يدرك الأطفال العاديين ما إذا كان سلوكهم يزعج الآخرين، فإن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يغفلون الأثر السلبي الذي يتركه سلوكهم المزعج في الآخرين، بل ويصعب عليهم وضع أنفسهم في مكان الآخرين.

وقد لاحظ الباحثون أن مشكلات التفاعل الاجتماعي تزداد بوضوح لدى الأطفال الذين يعانون من مشكلات في الحساب، والمهمات البصرية المكانية، والمهمات اللمسية، والتنظيم الذاتي (Rourke, 1995; Worling, Humphries, &Tannock, 1999). كما وجد بعض الباحثين أنهم يشبهون الطلبة الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد (انظر الفصل السادس) في صعوباتهم لقراءة مشاعر الآخرين (Semrud Clikeman, Walkowiak, Wilkinson & Minne, 2010). فعادةً ما يوصف الأفراد الذين يبدون مثل تلك السلوكات بصعوباتهم غير اللفظية، إلا أن هذا المصطلح يحمل درجة من عدم الدقة لأن هؤلاء الأفراد غالباً ما يبدون مشكلات واضحة في استخدام اللغة، وخصوصاً في المواقف الاجتماعية. ويتوقع الباحثون أن صعوبات التعلم اللفظية تنجم عن الخلل الوظيفي في النصف الدماغي الأيمن من الدماغ، في حين تُشير أدلة علمية أخرى إلى تعرض الأفراد ذوي صعوبات التعلم غير اللفظية للاكتئاب نتيجة لرفضهم وعزلتهم الاجتماعية التي قد يمرون بها، وقد يتعرضون- في بعض الحالات المتطرفة- إلى خطر اللجوء للانتحار (Bender, Rosenkrans, & Crane, 1999).

مشكلات الدافعية Motivation Problems:

تشكل الدافعية أو المشاعر المتصلة بالقدرة على التعامل مع التحديات والمشكلات الحياتية مصدراً آخر من المشكلات التي قد يمر بها الأفراد ذوو صعوبات التعلم، وغالباً ما يبدو على هؤلاء الأفراد عدم اختيارهم لموقف ما، أو عدم محاولتهم التأثير أو التحكم بالأحداث التي يمرون بها، ولذلك يصنفهم علماء النفس بأنهم ذوو مركز ضبط خارجي External Locus of Control؛ بمعنى أنهم يعتقدون أن ما يتحكم بحياتهم مجموعة من العوامل الخارجية كالحظ أو القدر، وليست عوامل داخلية كالتصميم والقدرة (Hallahan et al., 2005). ويتصف أولئك الأفراد أحياناً بالعجز المتعلم Learned Helplessness؛ والذي يشير إلى الاستسلام، وتوقع حدوث الأسوأ، ويعتقدون أنه بصرف النظر عن حجم الجهود التي يبذلونها إلا أنهم سيفشلون في النهاية. ويبدو أن علاقة التفاعل بين مشكلات التعلم وبين مشكلات الدافعية هو ما يجعل التعامل مع مشكلات الدافعية صعباً للغاية لكل من الآباء والمعلمين وللأفراد ذوي صعوبات التعلم (Morgan & Fuchs, 2007)، حيث تبدو تلك العلاقة كالدائرة المفرغة، وفيها يتعلم الطالب أن يتوقع الفشل؛ مما يقوده للاستسلام بسهولة عند مواجهة مهمة صعبة أو معقدة، وعليه فلن يفشل الفرد في تعلم مهارات جديدة فحسب، بل سيحصل على خبرة فشل جديدة تعزز وتعمق شعوره بالعجز وعدم القيمة، لتستمر هذه الدائرة على هذا النحو.

قصور استخدام الإستراتيجية لدى المتعلم غير النشط

Inactive Learner with Strategy Deficits :

يمكننا إيجاز العديد من الخصائص النفسية والسلوكية التي عرضناها سابقاً بالقول أن الطفل ذا صعوبات التعلم يعد طفلا غير نشط، يفتقر إلى استخدام الاستراتيجيات اللازمة لمواجهة المشكلات الأكاديمية المختلفة (Hallahan et al., 2005)، حيث وصفت الدراسات السابقة الطفل ذا صعوبات التعلم بالشخص غير المؤمن بقدراته (عديم الحيلة)، وغير المدرك لما يمتلكه من استراتيجيات لحل المشكلات (ضعيف في مهارات ما وراء المعرفة)، ويعاني من مشكلات في توليد الاستراتيجيات التعليمية بتلقائية. ويبدو أن الرسالة الأساسية في تلك الخصائص تتمثل في عدم قدرة الأفراد ذوي صعوبات التعلم على العمل والأداء المستقل، وبالطبع فلن يقودهم هذا إلى أن يبادروا ذاتياً لتأدية المهمات المختلفة، حيث تقودهم الواجبات والأنشطة التعليمية الفردية إلى مواجهة مشكلات حقيقية ما لم يحرص المعلم على توفير الدعم اللازم لهم، تُشكل الواجبات البيتية مشكلة رئيسة للطلبة المعاقين عموماً، وللطلبة ذوي صعوبات التعلم خصوصاً (Bryan & Sullivan-Burstein, 1998; Ep-stein, Munk, Bursuck, Polloway & Jayanthi, 1998)، وتتراوح تلك المشكلات التي قد يواجهها أولئك الطلبة بين الفشل في إحضار الواجبات إلى البيت، والتشتت المستمر في أثناء تأدية الواجب، إلى نسيان تسليم الواجب للمعلم في الوقت المناسب.

الاعتبارات التربوية Educational Considerations:

يتناول هذا القسم ثلاثة جوانب، وهي: (1) التدريب المعرفي الذي يشير إلى الاتجاه الذي صمم للتعامل المشكلات المرتبطة بالقصور في استخدام الاستراتيجية لدى المتعلم غير النشط، و(2) اتجاهات التدريس المصممة الموجهة للمجالات الأكاديمية (كالقراءة، واللغة المكتوبة، والحساب، والمحتوى الدراسي في العلوم والدراسات الاجتماعية)، و(3) اتجاهان عامان في التدريس، وهما: التدريس المباشر، والتدريس بواسطة الأقران.

التدريب المعرفي Cognitive Training:

يحتوي التدريب المعرفي على ثلاثة مكونات: تغير عمليات التفكير، وتوفير استراتيجيات التعلم، والتدريب على المبادرة الذاتية. وبينما يركز تعديل السلوك على تعديل السلوكات الملاحظة، نجد اهتمام التدريب المعرفي منصباً على تعديل عمليات التفكير الداخلية غير الملاحظة، والحث على حدوث تغيرات ملحوظة في السلوك، وقد أثبت اتجاه التدريب المعرفي نجاحه في مساعدة الطلبة ذوي صعوبات التعلم على تحسين مواجهتهم للمشكلات الأكاديمية المتنوعة (Hallahan et al., 2005)، ويعد هذا الاتجاه أكثر ملاءمة لهؤلاء الطلبة؛ كونه يركز على التعامل مع المشكلات المعرفية وما وراء المعرفية. وتندرج مجموعة من الأساليب المتنوعة تحت عنوان التدريب المعرفي، وسنناقش باختصار أربعة أساليب منها، وهي: التعليم الذاتي، ومراقبة الذات، والتعليم القائم على التدعيم، والتدريس التبادلي.

ويتمثل غرض التعليم الذاتي Self-Instruction في جعل الطلبة واعين للمراحل المتنوعة التي يتبعونها في أثناء قيامهم بحل مشكلة ما وتمكينهم من السيطرة اللفظية على سلوكهم، ففي إحدى الدراسات المستخدمة لأسلوب التعليم الذاتي باعتباره أسلوباً مقترناً بتدريس الطلبة ذوي صعوبات التعلم في الصفين الخامس والسادس على حل المسائل الحسابية الكتابية (Case, Harris & Gra-ham, 1992)، قام الباحثون باستخدام استراتيجية مكونة من خمس خطوات يتم من خلال تعليم الطلبة أن يتمثلوا قول السؤال بصوت مسموع، والبحث عن الكلمات المهمة ووضع دائرة حولها، ورسم صور لمساعدتهم في تفسير وقائع المسألة، وكتابة الجملة الحسابية، وكتابة الجواب. وقد تم حث الطلبة على استخدام التعليمات الذاتية من خلال طرح الأسئلة والعبارات الآتية على أنفسهم:

1) تعريف المشكلة Problem Definition: "ما الذي يجب أن أفعله؟".

2) التخطيط Planning: "كيف أستطيع حل هذه المسألة؟".

3) استخدام الإستراتيجية Strategy Use: "ستساعدني استراتيجية الخطوات الخمس في البحث عن الكلمات المهمة".

4) التقييم الذاتي Self-Evaluation: "كيف أُبلي؟".

5) التعزيز الذاتي Self-Reinforcement: "عمل جيد، لقد أحسنت القيام بذلك".

وتستخدم مراقبة الذات Self-Monitoring عندما يقوم الطلبة بالمحافظة على مراقبة مسار سلوكهم من خلال التقييم والتسجيل الذاتيين (Hallahan, Kneedler & Lloyd, 1983)، حيث يقيّم الطلبة سلوكاتهم ويسجلون مدى تكرارها، فيتم تعليمهم مراقبة سلوكهم الذاتي في أثناء أدائهم لسلوكات أكاديمية متنوعة. فعلى سبيل المثال، يمكن للطلبة أن يقيموا إجاباتهم في أثناء قيامهم بحل عدد من المسائل الحسابية، ويقوموا بتسجيل عدد الإجابات الصحيحة منها على رسم بياني، وبعد عدة أيام يحصل كل من المعلم والطالب على سجل الملاحظة الذي يبين مدى التقدم الذي حققه الطالب.

وفي التعليم القائم على التدعيم Scaffolded Instruction يزود المعلمون طلبتهم بالمساعدة في بداية المهمات التعليمية، وسرعان ما يقللون تلك المساعدة تدريجياً حتى يتمكن الطلبة في نهاية الأمر من تأدية المهمات باستقلالية، ففي إحدى الدراسات قام معلم بنمذجة استراتيجية مكونة من ثلاث خطوات في تعليم التعبير الكتابي، بحيث يقول الطالب الخطوات الآتية بصوت مسموع:

1) فكّر: من الذي سيقرأ هذا؟ ولماذا سأكتبه؟.
2) خطط: ما الذي ستقولهُ من خلال استخدام استراتيجية (TREE) التي تشير إلى (ملاحظة جملة الموضوع Topic، وملاحظة الأسباب Reasons، وفحص الأسباب Examine، وملاحظة النهاية Ending).
3) اكتب وقل أكثر (Sexton, Harris & Graham, 1998, p.300).

وفي أثناء القيام بنمذجة الاستراتيجية، يناقش المعلم جوانبها المختلفة مع الطلبة، ويقوم الطلبة باسترجاعها وتطبيقها بالتدريج بمفردهم.

ويشبه التدريس التبادلي Reciprocal Teaching التدريس القائم على التدعيم، ويتضمن حواراً تفاعلياً فيما يشبه علاقة المعلم الخبير بالطالب المتدرب، حيث يتناقص دور المعلم تدريجياً، ويسمح للطلبة بالظهور بمظهر المعلم المساعد لجزء من الوقت، ويستمر المعلم بالنمذجة وتشجيع الطلبة لاستخدام هذه الاستراتيجيات.

اتجاهات تدريس المواد الدراسية Instructional Approaches for Academics:

من المعروف أن الطلبة ذوي صعوبات التعلم يواجهون مشكلات أكاديمية في واحدة أو أكثر في مجالات القراءة والكتابة والحساب ومحتوى مجالي العلوم والدراسات الاجتماعية، وعلى الرغم من مناقشتنا لكل واحدة منها على نحو منفصل أدناه، إلا أنه تجدر الإشارة إلى أننا استعرضنا أبرز قواعدها في الفصل الأول من هذا الكتاب، حيث أكدنا أن عملية التدريس في التربية الخاصة دقيقة ومنضبطة وخصوصا ما يتعلق منها بمقدار السرعة، والتركيز، والتنظيم، والتعزيز، وطبيعة دور المعلم بالنسبة لطبيعة دور الطالب، والمنهاج، والمراقبة والتقييم (Kauffman & Hallahan, 2005).

اتجاهات تدريس القراءة Instructional Approaches for Reading: قامت اللجنة الوطنية للقراءة في عام 2000 بتحليل الأبحاث المتعلقة بكيفية اكتساب الأطفال للقراءة وماهيّة التطبيقات التعليمية الفضلى في تعليم القـراءة. (National Institute of child Health and Human Development 2000)، وقد حدد تقريرها خمسة مكونات أساسية في تعليم القراءة الفعّالة، وهي: التدريب على الوعي بالأصوات الكلامية، والتدريس الفونيمي، وتدريس الطلاقة، وتدريس المفردات، وتدريس الاستيعاب القرائي. وقد تم التأكيد على أن معظم أساليب تدريس القراءة الناجحة تلك كانت مباشرة (قصدية) ومنظمة.

وكما لاحظنا في بداية هذا الفصل، فإن الوعي بالأصوات الكلامية يتضمن المعرفة بأن الكلام يتألف من وحدات صغيرة من الأصوات كالكلمات والمقاطع وأصوات الحروف، في حين أن الوعي بأصوات الحروف -الذي هو جزء من الوعي بالأصوات الكلامية- يتضمن معرفة أن الكلمات تتكون من الأصوات أو الفونيمات، حيث تشير الأدلة العلمية أن تدريس الطلبة ذوي صعوبات القراءة أصوات الحروف في الكلمات من أكثر الاستراتيجيات فعالية في تعليم مهارات القراءة.

ويتضمن التدريب على تعلم الأصوات تعليم الطالب نظام الحروف الهجائية، بمعنى مزاوجة الأحرف بالكلمات مع أصواتها، وتعد هذه الطريقة منظمة ومباشرة، وتوافر فرصاً عديدة للممارسة (Mercer, Mercer & Pullen, 2011). وتشير الطلاقة القرائية إلى المقدرة على القراءة بسلاسة ودون مشقة. وتقليدياً تتضمن التدخلات الناجحة لمعالجة مشكلات الطلاقة القرائية قيام الطالب بالقراءة بصوت مرتفع، وتحديداً من خلال القراءة المتكررة التي يقوم الطلبة من خلالها بقراءة القطعة الصغيرة ذاتها بصوت مسموع ولعدة أسابيع، حتى يتمكنوا من الوصول إلى سرعة القراءة المناسبة وبأقل قدر من الأخطاء.

كما يتوافر العديد من الأساليب المستخدمة لتعليم الطلبة الإصغاء وقراءة المفردات، فالشخص يتعلم كثيراً من مفرداته بطريقة غير مباشرة، فقد ثبتت أهمية توفير فرص القراءة من خلال تقديم مدى متنوع من المواد القرائية في هذا الجانب. وفيما يتعلق بالتدريس المباشر للمفردات فإن الطرق الأكثر فاعلية تتضمن "مراجعة الكلمات الجديدة أو غير المعروفة في نص ما قبل قراءتها، وتعميم التعلم لكلمات محددة في أوقات مختلفة ومحتويات مختلفة" (Mercer et al., 2011, P.269). وهناك العديد من الاستراتيجيات لمساعدة الطلبة على تنمية استيعابهم القرائي، وتتضمن أنوعاً من استراتيجيات التدريب المعرفي التي ناقشناها سابقاً، واستراتيجيات تحسين المستوى التي سنناقشها لاحقاً في هذا الكتاب عند وصفنا لاتجاهات تدريس مجالات المحتوى.

اتجاهات تدريس الكتابة Instructional Approaches for Writing: يوجد ارتباط قوي بين تعلم القراءة والكتابة، فالطلبة الذين يواجهون صعوبات في القراءة غالباً ما يعانون صعوبات في الكتابة أيضاً، وقد أكد كثير من الباحثين أن التعليم الفعّال للكتابة للطلبة ذوي صعوبات التعلم يتضمن تدريبهم على استراتيجيات منظمة ومقصودة في التخطيط والمراجعة أو تحرير كتاباتهم (Graham & Harris, 2011). ومن النماذج التي ثبتت فاعليتها بحثياً في هذا المجال ما يتصل بتطوير استراتيجية التعلم المنظم ذاتياً (Graham & Harris, 2003; Harris, Graham& Mason, 2003)، حيث تتعامل هذه الاستراتيجية مع القراءة باعتبارها مهمة لحل المشكلة، وتتضمن عناصر: التخطيط، والمعرفة والمهارات، وتركز العديد من استراتيجيات تطوير التعلم المنظم ذاتياً على جوانب مختلفة في الكتابة.

ومن الأمثلة الجيدة على هذه الاستراتيجيات ما يعرف باستراتيجية كتابة القصة، التي يرمز لها POW+WWW, 2=What ,2=H، حيث ترمز P إلى (Pick) التقط فكرتي، وO (Organize) إلى تنظيم ملاحظاتي، وW إلى (Write) إلى أكتب وأقل أكثر، في حين أن (WWW) ترمز إلى الأسئلة الآتية: 1) من الشخصية الرئيسة؟ 2) متى حدثت القصة؟ 3) أين حدثت القصة؟، في حين ترمز (2=What) إلى: ماذا تفعل الشخصية الرئيسة؟ ماذا حدث بعد ذلك؟، في حين ترمز (2 =H) إلى كيف تنتهي القصة؟ وكيف تشعر الشخصية الرئيسة في القصة؟

اتجاهات تدريس الحساب Instructional Approaches for Math: أقرّ الباحثون بوجود مبادئ محددة تمثل أساليب تدريس فعّالة في تعليم الحساب للطلبة ذوي صعوبات التعلم، ومن أكثر هذه المبادئ أهمية ما يتعلق بأساليب التدريس المباشر (L.S. Fuchs et al., 2011; Gersten et al., 2009)، حيث يعتقد أصحاب النظرية البنائية أن اتجاهات الاكتشاف الموجهة في تعلم الحساب قد تنجح مع الطلبة الذين لا يعانون من مشكلات تعليمية، ولكن الطلبة ذوي صعوبات التعلم يحتاجون تعليمات أكثر تنظيماً وتوجيهات واضحة من المعلم. ومن المبادئ الأخرى تلك ما يتطلب من المعلم تنظيم التدريس على نحو متسلسل لتقليل ارتكاب الأخطاء، ولكن عندما تحدث الأخطاء يتوجب عليه معالجتها على نحو فوري، فيجب أن تتضمن طريقة التدريس مراجعة تراكمية للمفاهيم والعمليات، بحيث تتم مراقبة تقدم أداء الطالب بدقة.

اتجاهات تدريس العلوم والدراسات الاجتماعية Instruction Approaches for Science and Social Studies: غالباً ما يواجه الطلبة ذوو صعوبات التعلم مشكلات في مجالات محتوى مواد دراسية كالعلوم والدراسات الاجتماعية، ويبدو خصوصا عندما يتعلق ذلك في إيصال المحتوى من خلال المراجع الإضافية عن الكتب المدرسية المقررة. فلسوء الحظ، كثير ما يعتمد المناخ التربوي الحالي على التعلم القائم على تحقيق المعايير والنجاح على الاختبارات، وخصوصاً في مجالات تعليم العلوم والدراسات الاجتماعية. كما أن التدريس المستند إلى المراجع لا يراعي طبيعة نقاط الضعف الموجودة لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم المتمثلة في مستويات المعرفة المسبقة، والقراءة، والمفردات، والذاكرة. لذلك تمثل الحاجة لتقديم خبرات منظمة للطلبة ذوي صعوبات التعلم باستخدام التدريس الموجه بالأنشطة تحدياً واضحاً، فعندما يتم تصميم التدريس المستند إلى الأنشطة وتقديمه بتسلسل مناسب، والقيام بمراقبة التقدم العام للطالب ومراجعته، يمكننا عندها فقط اعتبار أن هذا الأسلوب مناسب للطلبة ذوي صعوبات التعلم (Scruggs, Mastropieri & Marshak, 2011).

وقد أكد الباحثون فاعلية إثراء محتوى كتب العلوم والدراسات الاجتماعية بمواد إضافية للطلبة ذوي صعوبات التعلم (Gajria, Jitendra, Sood & Sacks, 2007). ويأخذ تحسين المحتوى أشكالاً عدة، ويعمل على جعل المادة أكثر مناسبة، ومن الطرق الأكثر فعالية في تحسين المحتوى: المنظمات التصويرية Graphic Organizers، واستراتيجيات التذكر Mnemonics. وتعبر المنظمات التصويرية عن وصلات بصرية تستخدم الأسطر والدوائر والصناديق لتنظيم المعلومات وربطها، وتتضمن: الهيكل التنظيمي، والسبب-النتيجة، وقارن-عارض، وتسلسلاً دائرياً أو خطياً (E.S. Ellis & Howard, 2007, P.1)، في حين تتضمن استراتيجيات التذكر استخدام الصور و/أو الكلمات للمساعدة على تذكر المعلومات، وللتعرف إلى كيفية استخدام تلك الاستراتيجيات في الصف.

التدريس الفعال RESPONSIVE INSTRUCTION

الاستجابة لحاجات الطلبة ذوي صعوبات التعلم.

استراتيجيات التذكر Mnemonics

ما استراتيجيات التذكر؟ تشير كلمة Mnemonic إلى مصطلح مشتق من اليونانية، ويعني التذكر في وقتنا الحاضر، ويشير هذا المصطلح إلى أي استراتيجية تستخدم لتحسين عمل الذاكرة. وتقريباً استخدم كل واحد منا استراتيجيات التذكر في وقت ما لتذكر ترتيب الكواكب أو أسماء الأشهر، ويمكن استخدام نغمة صوت الكلمات لتذكرها أيضاً، وهذا ما يحدث عندما يتعلم الصغار حفظ الأناشيد. إذاً فاستراتيجيات التذكر تأتي على عدة أشكال، ولكن جوهرها الفعلي يتمثل في قدرتها على مساعدة الأفراد على إعادة تسميع المعلومات.

ماذا تقول الأبحاث بالنسبة لاستراتيجيات التذكر؟

استقصى الباحثون فاعلية استخدام استراتيجيات التذكر مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم تبعاً لظروف بحثية تجريبية، أو في البيئة الطبيعية للصف العادي، وقد دلت نتائج الدراسات على أن الطلبة الذين استخدموا استراتيجيات التذكر في تعلمهم حققوا الفوائد الآتية:

- ساهم استخدام الكلمات كرموز تذكيرية في زيادة استرجاع المعلومات.
- يؤدي التدريب على استخدام استراتيجيات تذكر متنوعة تحسين تعلم مجموعات صغيرة من الطلبة ذوي صعوبات التعلم والمحافظة على فعاليتها لفترة من الزمن.
- يمكن تعليم الطلبة ذوي صعوبات التعلم ابتكار استراتيجيات تذكر خاصة بهم واستخدامها بنجاح.
- استفاد الطلبة المضطربون سلوكياً وتعليمياً من استراتيجيات التذكر التي زودهم بها المعلمون، وأظهروا قدرة أعلى في استرجاع المعلومات ولزمن أطول من أولئك الذين لم يتم تزويدهم باستراتيجيات التذكر.
- ظهر أن استخدام استراتيجيات التذكر حسنت من دافعية الطلبة للتعلم أو كفاءتهم وإدارتهم (Mastropieri & Scruggs, 1998; Scruggs et al., 2011).

تطبيق استراتيجيات التذكر في الصف

هناك أسلوبان فعالان من استراتيجيات التذكر، وهما: طريقتا الكلمة المفتاحية وكلمة السجع (Lasley, Matczynski, &Rowley, 2002)، فعند استخدام اتجاه الكلمة المفتاحية، يتم تعليم الطلبة كيفية تحويل

الكلمة غير المألوفة إلى كلمة مألوفة، فكلمتي جد، ويد مألوفتان مثلا بالنسبة للطفل، ولذلك يمكننا استخدامهما لتعليم الطفل كلمة "جديد" من خلال دمجهما معا.

وفيما يتعلق باتجاه استراتيجية السجع، يتعلم الطلبة ربط أرقام بكلمات مألوفة وذات قافية مشابهة للرقم، حيث يحاول المعلم رسم صورة تحتوي على ارتباطات بين الكلمة ومحتواها، ويستخدمونها عندما يحتاج الطلبة تذكر ترتيب معلومات، أو عندما يرتبط رقم معين بحقيقة معينة. فعندما يريد طالب ما أن يتذكر بأن مونوري Monroe هو خامس رئيس أمريكي، يتم تشجيعه على ربط كلمة hive (خلية نحل) والمشابهة بالقافية للرقم five (خمسة)، فصورة النحلة المتجهة لخلية النحل ستساعد الطالب على تذكر أن الخلية (hive) ترتبط بكلمة (five) خمسة، وهو رقم ترتيب الرئيس الأمريكي مونوري (Mastropieri & Scruggs, 1998).

By Kristin L. Sayeski

التدريس المباشر Direct Instruction:

يركز التدريس المباشر على تفاصيل عملية التدريس، وتتوافر برامج تجارية للتدريس المباشر تغطي مجالات أكاديمية متنوعة كالقراءة، والحساب، والعلوم والدراسات الاجتماعية. وتركز طريقة التدريس المباشر على تحليل منظم للمفهوم قيد التعلم بدلاً من تحليلها لخصائص الطالب، فيعد تحليل المهمة مكوناً أساسياً في التدريس المباشر، الذي يتضمن تجزئة المشكلات الأكاديمية إلى مكونات جزئية بحيث يتمكن المعلمون من تعليم المهمة في أجزاء منفصلة، وثم تعليم الطلبة كيفية تجميع الأجزاء التي تعلموها لكي يُظهروا تعلمهم للمهمة ككل. ويرجع برنامج التدريس المباشر للرواد العاملين في هذا المجال كسيجفايرد انجلمان، ومؤخراً لأعمال ويفرلي سي. بيكير التي تحتوي على دروس مكتوبة ومتسلسلة بدقة ومقدمة بسرعة لتعليم مجموعات صغيرة تتراوح بين 4 إلى 10 طلاب، وتتضمن تركيزاً كبيراً على التمرين والممارسة.

تحتوي برامج التدريس المباشر على دروس دقيقة التسلسل وتقدم بسرعة لمجموعات مكونة من 4-10 طلاب، وتحقق فوائد متوسطة وبعيدة المدى لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم.

وتعد برامج التدريس المباشر من أفضل البرامج التجارية الجاهزة والتي تم اختبارها بحثياً مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم، حيث دلت نتائج تلك الأبحاث أن تلك البرامج تحقق فوائد أكاديمية فورية وعلى المدى الطويل (A.K. Ellis & Fouts, 1997; Tavver, 1999).

التدريس الفعّال RESPONSIVE INSTRUCTION

التدريس المباشر Direct Instruction

ما التدريس المباشر؟

التدريس المباشر أسلوب شديد التنظيم وموجه من قبل المعلم، ومن أهم برامجه ما يلي:

- خطط تدريس مكتوبة مستندة إلى أبحاث تجريبية ثبتت فعاليتها.
- منهاج مستند إلى نظرية التعلم الإتقاني، بمعنى أن الطلبة لا ينتقلون إلى مستوى آخر من التعلم حتى يتقنوا المفاهيم المتضمنة في المستوى الذي يسبقه.
- ارتباط سرعة التدريس بقوة بمقدار أسئلة المعلم واستجابات الطالب.
- يستخدم مع مجموعات صغيرة من الطلبة.
- يستخدم القياسات المتكررة.

طوّرت سيجفرايد اينغلمان (Siegfried Engelmann) التدريس المباشر في الستينيات من القرن الماضي اعتماداً على الدراسات التي استقصت بدايات تعلم القراءة، ومنذ بدايات تطويرها لبرامج التدريس المباشر كبرنامج قراءة ديستار (DISTAR) (Englmann & Bruner, 1969)، تم تطوير العديد من البرامج التي تعتمد التدريس المباشر في عدة مجالات كالقراءة والفنون اللغوية والحساب والعلوم والدراسات الاجتماعية.

ومن بين أهم خصائص برامج التدريس المباشر قيامها بتقييم كل جانب من جوانب التدريس قبل اعتماده وتضمينه في برنامج التدريس، حيث يقوم الباحثون بتقييم كل مكونات التدريس الفعّال بدءًا بحجم مجموعة الطلبة وتعليمات المعلم وطريقة استجابة الطالب وانتهاءً بتقييم الفاعلية المرجوة من استخدام هذا الأسلوب. ونتيجةً لهذا العمل المنظم الذي تتضمنه برامج التدريس المباشر فقد أكدت البحوث على اعتبار التدريس المباشر أكثر البرامج المستخدمة فعالية في تدريس الطلبة ذوي صعوبات التعلم (Elis,2001).

ما الذي تقوله نتائج الأبحاث؟

أجرى الباحثون مراجعةً وتحليلاً للدراسات التي اقترحت برامج تعليمية للتأكد من الفاعلية الإجمالية لبرامج التدريس المباشر مقارنة باتجاهات التعليم الأخرى، ففي تلك الدراسات يقوم الباحثون بفحص حجم التأثير الإحصائي للدراسات التي استخدمت برنامجاً تعليمياً محدداً. ومنذ نشأة التدريس المباشر ظهرت العديد من الدراسات التقييمية الشاملة لأساليب التدريس التي اعتمدت منهاج التدريس المباشر، وقد قامت إحدى تلك الدراسات بمراجعة 173 دراسة قارنت بين أسلوب التدريس المباشر وبرامج تعليمية أخرى، حيث أفادت النتائج بالآتي:

- أشارت 64% من المقارنات إلى وجود فروق ذات دلالة جوهرية لصالح المجموعات التي استخدمت أسلوب التدريس المباشر.
- لم تظهر 35% من المقارنات وجود فروق ذات دلالة جوهرية بين التدريس المباشر والبرامج الأخرى.
- أظهرت الدراسة أن 1% فقط من المقارنات أفادت بوجود فروق ذات دلالة جوهرية في أساليب التدريس ولصالح برامج تعليم أخرى غير التدريس المباشر (Adams & Erglemann, 1996).

وقد قادت النتائج إلى استخلاص أن برامج التدريس المباشر تعد من أكثر أساليب التدريس أهمية في ميدان التربية والتعليم.

تمرين3

قل الأصوات

ملاحظة: لا تكتب الكلمات على اللوح، فهذا تمرين شفهي.

- اسمع با-ا-ب (ارفع إصبعا واحدا لكل صوت من هذه الأصوات).
- قل الأصوات مع وقفات با-ا-ب، استعد (ارفع إصبعاً واحداً لكل صوت من هذه الاصوات). با-ا-ب، (كرر هذا حتى يتمكن الطلبة من قول الأصوات من غير توقف).
- قلها بسرعة (بإشارة) باب.
- اسأل، ما الكلمة؟ (بإشارة) باب، نعم، باب.

تطبيق المنهاج

يحتاج المعلمون عند تطبيق التدريس المباشر إلى تلقي التدريب على البرنامج، بسبب طبيعة المواد عالية التنظيم المتضمنة في هذا الأسلوب، ويعتقد كثير من المعلمين أن فاعلية استخدام أسلوب التدريس المباشر ترتبط بدرجة فعالية المعلم في استخدام مكوناته وتطبيقاته، فالمعلمون مطالبون باستخدام المكونات بطريقة سهلة، وبفهم خلفية تلك المكونات لكي يتمكنوا من إيصالها للطلبة وضبط إيقاع التدريس للاستجابة للحاجات الفريدة للطلبة، مما يشير إلى أن مهارات التدريس لا يمكن الحصول عليها من الكتب فقط، وإنما من خلال الخبرة والممارسة المستندة إلى المعرفة النظرية، فبعد تلقيهم تدريباً أولياً، يقوم المدربون والخبراء بتوفير الدعم المستمر للمعلمين الذين يستخدمون برامج تعليمية مستندة إلى التدريس المباشر للتأكد من أنهم يستطيعون تنفيذها بفاعلية.

كيف يبدو التدريس المباشر؟

يتضح في الشكل (أ) مقتطفاً لأحد تمارين القراءة التصحيحية الذي يشير إلى برنامج تسريع القراءة للطلبة في الصفوف من منتصف الصف الثالث ولغاية الصف الثاني عشر، الذين لم يتمكنوا من إتقان أساسيات فك الرموز والاستيعاب القرائي. ففي درس فك الرموز هذا، يعمل الطلبة على تطوير الوعي الفونيمي (الصوتي) لديهم، (تحديد الحرف- الرمز وتحويل الكلمات إلى أصوات كلامية) فاستخدام الاستجابة الكورالية (الجماعية) يزيد من فرص مشاركة الطلبة، كما أن الأسئلة الفردية تعظّم إمكانية إتقان الفرد للمهمة.

- كرر الخطوات من 2-4 لتعليم الكلمات الآتية: (سمك، أنا، هي، نحن، يد، دار، ... إلخ)

مقتبس من (Kristin L. Sayeski)

التدريب بواسطة الأقران Peer Tutoring :

نجح المعلمون باستخدام عدة أنواع من طرق التدريب بواسطة الأقران مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم، ومن الأمثلة عليها: التدريب بواسطة الأقران في المدى الصفي Classwide Peer Tutoring (CWPT)، واستراتيجيات مساعدة الأقران التعليمية Peer-Assisted Learning Strategies (PALS). كما أكدت بحوث أخرى فاعلية استخدام الاستراتيجيات التعليمية لمساعدة الأقران مع

الطلبة ذوي صعوبات التعلم، وأولئك المعرضين لخطر صعوبات التعلم (Kourea, Cartledge, &Musti-Rao, 2007; Maheady, Harper& Mallette, 2003)، ويتضمن تدريس الطلبة ذوي صعوبات التعلم بواسطة طلبة آخرين أكثر كفاءة، والذين يتم تدريبهم أو الإشراف عليهم من المعلمين (Maheady et al., 2003)، ويتم التركيز على كلمتي "تدريبهم أو الإشراف عليهم" لأنها تؤكد على دور المعلمين في تصميم هذا الأسلوب، حيث لا يقصد بهذا الأسلوب تحويل مهمة التعلم للطلبة أنفسهم.

وتتوافر أدلة بحثية تؤكد على جودة الاستراتيجيات التعلمية لمساعدة الأقران على تعليم القراءة، وخصوصاً في التدريب على الوعي بالأصوات الكلامية، وفك الرموز، واستراتيجيات الاستيعاب القرائي (D. Fuchs & Fuchs, 2005; D. Fuchs, Fuchs & Burish, 2000)، التي تتضمن المزاوجة بين طالب ذي أداء مرتفع وطالب ذي أداء منخفض يشتركون معا بجلسات تعليمية عالية التنظيم، وهنا يأخذ الطالب الأول دور المعلم المساعد في حين يأخذ الطالب الآخر دور الطالب.

نماذج تقديم الخدمة Service Delivery Models:

ظلت غرفة المصادر البديل التربوي الأكثر شيوعاً للأطفال ذوي صعوبات التعلم، ولكن، ومنذ منتصف التسعينيات من القرن الماضي، سرعان ما تفوّق الصف العادي على غرفة المصادر باعتباره بديلاً تربوياً للأطفال ذوي صعوبات التعلم، وذلك بالتوازي مع إغلاق العديد من الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية تماشياً مع تحوّل الاتجاهات التربوية نحو عملية الدمج الشامل. ففي عام 2007 أصبحت نسبة الطلبة ذوي صعوبات التعلم -في الفئة العمرية من 6-21 سنة- الملحقين في الصف العادي حوالي 59%، بينما كانت هذه النسبة للفئة العمرية ذاتها في عام 2000 حوالي 40%.

وكما أشرنا في الفصل الثاني، فقد تزايد عدد المدارس التي تتجه نحو استخدام ترتيبات التدريس المشترك الذي يتضمن قيام معلم التربية الخاصة بالعمل مع معلم الصف العادي داخل الصف للاستجابة للحاجات المتنوعة للطلبة العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة معاً. حيث يعتقد بعض التربويين مناسبة هذا النموذج للطلبة ذوي صعوبات التعلم؛ لأنه يسمح لهم بالبقاء في الصف العادي لكل الوقت الذي يمضونه في التعلم أو معظمه. وعلى الرغم من ذلك فإن الدليل البحثي المتوافر لدعم هذا التوجه ما يزال في بداياته (Cook, Mcduffie, Oshita & Cook, 2011; Murawski & Swanson, 2001).

ويعد الطلبة ذوو صعوبات التعلم مرشحين للدمج الشامل في الصف العادي أكثر من غيرهم من فئات التربية الخاصة؛ كونهم الفئة الأكبر عدداً بين تلك الفئات، وكون طبيعة مشكلاتهم التعليمية أقل حدة من تلك التي يعاني منها المعاقون عقلياً أو المضطربون سلوكياً. وعلى الرغم من ذلك، فإن جميع المنظمات الأساسية الخاصة بالعاملين والآباء لذوي صعوبات التعلم كتبوا العديد من المقالات التي تعارض فكرة الدمج الشامل لجميع الأطفال ذوي صعوبات التعلم، ويجدون دعماً لموقفهم المعارض هذا في الأبحاث التي استقصت فاعلية الدمج الشامل للطلبة ذوي صعوبات التعلم، التي تشير إلى أن

المحتوى التشريعي المتضمن في قانون رعاية الأفراد ينص على توفير متدرج للبدائل التربوية المناسبة للطلبة ذوي صعوبات التعلم وعدم حصرها في بديل واحد (Zigmond & Kloo, 2011).

التدريس المشترك والتعاوني للأطفال ذوي صعوبات التعلم

"كيف يمكنها مساعدتي إذا لم تكن تعرف الجبر مثلي؟"

كيف يمكن لمعلم التربية الخاصة القيام بالتدريس المشترك للاستجابة إلى حاجات الطلبة ذوي صعوبات التعلم إن لم يكن يمتلك المعرفة المتخصصة في المحتوى الدراسي كمعلم الصف العادي؟ لذلك يمكنك الاعتقاد أن فرص التعاون في التدريس غير ممكنة، فبالنسبة لمواد متقدمة في الأدب أو في الأحياء يجب أن يمتلك معلمو الطلبة ذوي صعوبات التعلم المعرفة اللازمة في الموضوع، ليتمكنوا من أن يكونوا مشاركين نشطين في الفريق التعليمي لأولئك الطلبة.

ماذا يعني أن تكون معلماً للطلبة ذوي صعوبات التعلم؟

تركز معظم البرامج المقدمة لمعلمي الطلبة ذوي صعوبات التعلم على عملية التعلم واستراتيجيات التعليم الفعّالة لمختلف محتويات المجالات الدراسية، حيث يشير مجلس الأطفال غير العاديين (CEC, 2003) أن على معلمي الطلبة ذوي صعوبات التعلم القدرة على القيام بالآتي:

1) استخدام أساليب خاصة بتدريس الطلبة على استخدام المعالجات المعرفية لحل المشكلات على نحو مستقل.

2) استخدام أساليب لتوجيه الطلبة في تحديدهم وتنظيمهم للمحتوى النقدي.

3) استخدام أساليب للتأكد من نجاح الطلبة دراسياً من خلال أوضاع تعليمية يتخللها تدريس فردي، أو في مجموعة صغيرة أو في مجموعة كبيرة.

4) استخدام أساليب تدريس لتقوية جوانب القصور في الإدراك، والاستيعاب القرائي، والذاكرة، والاسترجاع وتعويضها.

5) تحديد المفاهيم، والمفردات والمحتويات الضرورية المتضمنة في المناهج العامة وتدريسها.

(استراتيجيات التدريس المشترك الناجحة:)

تصف جوان هاميلتون Joan Hamilton –المدرسة السابقة للتربية الخاصة التي عملت كمعلمة مشتركة مع العديد من المعلمين العاديين في مرحلتي التعليم المتوسط والثانوية– موقفاً تعليمياً قامت من خلاله، على الرغم من أنها لم تكن متخصصة في المحتوى الدراسي، بتقديم استراتيجية تدريس مباشرة لجميع الطلبة نتيجة لاستخدام ترتيبات ناجحة للتدريس المشترك.

"لقد حصلت في البداية على شهادة تمكنني من تدريس الدراسات الاجتماعية لطلبة الصفوف من الثامن ولغاية الثاني عشر، وعندما بدأت العمل في تلك الصفوف، لاحظت أن العديد من الطلبة

يواجهون صعوبة في قراءة الكتب المقررة التي كنت أستخدمها عند تدريسهم، ولذلك بدأت الاهتمام بصعوبات التعلم.

وبعد حصولي على درجة الماجستير في التربية الخاصة، تطلب عملي الأول تدريباً مشتركاً لدروس تحضيرية لمادة الجبر للصف الثامن. وعلى الرغم من معرفتي بالمادة، إلا أنني لم أكن واثقة بمعرفتي بالطريقة الفضلى لتدريسها. وقد حصلت مع معلمي المشترك على صف مكون من (18) طالباً وطالبة من بينهم 11 طالباً وطالبة من ذوي الإعاقات (وتسعة منهم من الطلبة ذوي صعوبات التعلم)، في حين أن الطلبة الباقين كانوا من الضعاف في صفوف الحساب السابقة. وقد تضمن الكتاب المقرر خطة جامدة للتدريس، احتوت على: راجع الواجب البيتي، ودرّس الدرس اللاحق، وقم بحل بعض الأسئلة للممارسة. فلم يوفر الدليل التعليمي للمقرر المدرسي وبعضاً من المعايير المعتمدة لتقييم التدريس المشترك العديد من الفرص الإبداعية للقيام بالتدريس، وقد كنا ضمن فريق التدريس المشترك للصف الثامن، وتمكنا من استغلال بعض الوقت من الزمن المخصص لاجتماعات الفريق الدورية للتخطيط المشترك للدروس، وبعد العديد من المناقشات الفلسفية دخلنا في أجواء المادة، وبعد عدة أسابيع وجدنا الإيقاع المناسب للتدريس الذي بدا لنا أنه يعمل على نحو جيد مع الطلبة.

ففي البداية قام المعلم المشارك بتدريس الدرس، فيما قمت بأخذ الملاحظات للطلبة من المعلومات المعروضة على شاشة العرض، حيث كنت أضع دائرة على النقاط الرئيسة في الدرس، وأكتب أمثلة عليها في وسط صفحة العرض، وكنا نقوم بحل المسألة داخل الدائرة، ونكتب كلمات مفتاحية تصف الخطوات خارج الدائرة (Aooney, 1998)، وقد ساعدني هذا الإجراء في فهم كيفية تدريس زميلي للمفهوم وتزويده للطلبة بمثال محلول لمسألة ما ومرفقة بملاحظات توضيحية، وفي أثناء ذلك كنا نتجول في الصف لمساعدة الطلبة على إكمال حل التمارين المقدمة لهم.

وفي اليوم التالي، كنت أقوم بمراجعة الواجبات المنزلية للطلبة، مما سمح لي بمراجعة الرسوم التوضيحية المنظمة للتعلم، وإعادة تدريس خطوات حل المسألة كلما كان ذلك ضرورياً (بنفس طريقة تدريس المعلم المشار إليها سابقاً)، وقد سمحت ممارستي تلك للمعلم المشارك بالتجوّل في الصف ومساعدة بعض الطلبة الذين يحتاجون المساعدة.

ويشكل تخطيط التدريس المشترك هذا مزيجاً من القواعد الموصوفة في الكتب والمقالات الأكاديمية للتدريس المشترك، التي وفرت لنا ما أشعرنا بأنه أفضل طريقة لدعم التعلم لطلبتنا، مع الأخذ بالاعتبار الظروف الخاصة للصف وللمنهاج الذي تعاملنا معه. وعلى الرغم من أن بعض الطلبة لم يتمكنوا من النجاح في هذا المساق، لأنهم لم يبذلوا محاولات كافية للقيام بالعمل المطلوب، إلا أن معظم الطلبة تمكنوا من تحقيق النجاح على المواد المقدمة لهم مما مكنهم من دخول صف الجبر وهم يمتلكون فهماً أساسياً للمفاهيم الرئيسة، وكيف يمكنهم تنظيم ملاحظتهم وطرح الأسئلة المرتبطة بالمادة التي يتعلمونها».

مقتبس من Margaret P. Weiss

تقييم مستوى التقدم Assessment of Progress:

حصل مفهوم استخدام معلومات القياس للمساعدة في تصميم الاستراتيجيات التربوية على شعبية من العاملين في مجال صعوبات التعلم، حيث تم تطوير أسلوب القياس المستند إلى المنهاج Curriculum- Based Measurement (CBM) من خلال أعمال دينو وزملائه (Deno, 1985; L.S. Fuchs, Deno & Mirkin, 1984) في معهد أبحاث صعوبات التعلم في جامعة مينسوتا. كما يستخدم المعلمون أشكالاً أخرى من التقييم غير الرسمي لمراقبة تقدم الطالب واتخاذ القرارات التعليمية المناسبة في مجالات الحساب والقراءة والتعبير الكتابي.

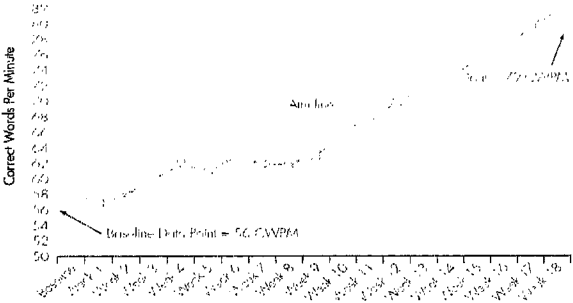
التقييم المبني على المنهاج Curriculum Based Measurement:

يستخدم معلمو الطلبة ذوي صعوبات التعلم أسلوب القياس المستند إلى المنهاج على نحو مطرد باعتباره وسيلة لمراقبة التقدم الأكاديمي، ولتوثيق استجابة الطلبة للتدريس. ويتضمن هذا الأسلوب عينات مباشرة ومتكررة من الأداء على فقرات المنهاج الذي تعلمه الطلبة، حيث يحتوي كل قياس مستند إلى المنهاج على نسخ متعددة بمستوى الصعوبة ذاته، التي يتم تطبيقها على فترات زمنية لتقرير ما إذا كان الطالب يحقق تقدماً على هدف تعليمي محدد (McMaster & Espin, 2007)؛ حيث يقوم المعلمون بتطبيق هذه القياسات في أوقات مختلفة ولمدة قصيرة لا تتعدى الدقائق المعدودة. ففي القراءة مثلاً، يركز أسلوب القياس المستند إلى المنهاج على طلاقة القراءة الشفهية، التي يحكم عليها في ضوء عدد الكلمات الصحيحة التي يقرؤها الطالب في الدقيقة من فقرة محددة. ولمراقبة التقدم الحاصل لدى الطالب في تحقيقه للهدف التعليمي، يقوم المعلم في البداية بتحديد المستوى الحالي لعدد الكلمات التي يتقن الطالب قراءتها لتحديد نقطة البيانات القاعدية Baseline Data Point، ومن خلال معايير النمو المتوقعة Expected Growth Norms يستخدم المعلم تلك البيانات الأولية لتحديد الهدف التعليمي وخط الهدف Aim Line بيانياً لمتابعة أداء الطالب في فترات زمنية مختلفة (Hosp, Hosp, & Howell, 2007).

ثم يقوم المعلم بتقييم قراءة الطالب باستخدام القياس المستند إلى المنهاج لمرتين أو أكثر في الأسبوع، ويرصدأداءه على الرسم البياني ليحدد ما إذا كان الطالب يتجه نحو تحقيق الهدف المحدد. حيث يبين الشكل 3.2، رسما بيانياً باستخدام أسلوب القياس المستند إلى المنهاج مقدار التقدم في القراءة للطالب بيلي Billy خلال فصل دراسي، وهو طالب في الصف الرابع، ويعاني من صعوبة تعلم، وقد قامت معلمته بجمع معلومات الخط القاعدي لديه، وحددت أنه يتقن قراءة 56 كلمة في الدقيقة، ثم حددت خط الهدف لمدة 18 أسبوعاً من التدريس (لمدة فصل دراسي)، واعتماداً على معايير النمو المتوقعة (L.S Fuchs et al., 1993; Hosp et al., 2007) ونقطة معلومات الخط القاعدي لعدد الكلمات التي يتقنها الطالب في الدقيقة، حددت المعلمة أنه يتوجب على بيلي أن يتمكن من إتقان قراءة 79 كلمة في الدقيقة في نهاية الفصل. وبعد أول خمسة أسابيع من التدريس، تبين أن بيلي على المسار الصحيح الذي يمكنه من تحقيق الهدف عند نهاية الفصل، ولكن خلال الفترة بين الأسبوعين

السادس والثامن، تراجع أداؤه القرائي حتى أن المعلمة اعتقدت بأنه لن يتمكن من تحقيق الهدف المحدد له. ونتيجة لذلك قامت المعلمة بتعديل طريقة التدريس لتتضمن 15 دقيقة إضافية يومياً من التدريب بواسطة الأقران بمقدار يومان أسبوعياً، وعندها تمكن بيلي من التطور ثانية وبدرجة تفوق معيار الهدف الذي حددته المعلمة، حيث تمكن من إتقان قراءة 82 كلمة صحيحة في الدقيقة عند انتهاء الفصل الدراسي.

CBM Chart to Monitor Progress



وعلى الرغم من أن الطلاقة القرائية تمثل الشكل الأكثر شيوعاً لأسلوب القياس المستند إلى المنهاج، إلا أن المعلمين يستخدمون أساليب أخرى لمراقبة تقدم الطالب في جوانب القراءة (كالوعي بالأصوات الكلامية، وفك الرموز، والاستيعاب القرائي)، والحساب، والتهجئة، والكتابة. ففي الحساب طوّر الباحثون قياسات مستندة إلى المنهاج التي تفصل مهارات الموضوعات الحسابية الأولية، ولغاية تلك المتقدمة في المرحلة الثانوية. فمبكراً منذ مرحلة ما قبل المدرسة، يشارك الطلبة في القياس المستند إلى المنهاج لإظهار معرفتهم الحسابية من خلال مهمات متنوعة كوضع دائرة حول الأرقام لإظهار معرفتهم بالأرقام (Foegen, Jiban,& Deno, 2007)، وعلى الرغم من أن معظم القياسات المستندة إلى المنهاج في مرحلة المدرسة تركز على العمليات الحسابية الأساسية، إلا أنه يمكن استخدامها أيضاً في الرياضيات ومعرفة مفاهيم الرياضيات المتقدمة.

التقييم غير الرسمي Informal Assessment:

يستخدم المعلمون أساليب غير رسمية أخرى لقياس تقدم الطالب ومراقبته وتخطيط التدريس، ففي مجال القراءة مثلاً يستخدم المعلمون قائمة القراءة غير الرسمية **Informal Reading Inventory (IRI)**، التي تُعبِّر عن قوائم من الكلمات أو الفقرات القرائية المتدرجة في الصعوبة،

وتتضمن طلب المعلم في من الطالب قراءة قائمة أو فقرة معينة لاعتقاده بسهولتها نسبياً؛ بمعنى توقعه بأن الطالب سيتمكن من قراءتها، ثم يطلب من الطالب أن يقرأ قائمة كلمات أو فقرة من مستوى أصعب، ويقوم المعلم في أثناء ذلك بمراقبة أداء الطالب لتلك المهمة، وبعد رصده للنتائج، يقوم المعلم بتقدير مستوى الصعوبة المناسب في المادة القرائية للطالب.

ومن الأمثلة الأخرى على التقييم غير الرسمي الذي يساعد على التخطيط للتدريس التقييم الحسابي المتغير Mathematics Dynamic Assessment، الذي يمكن للمعلم من خلاله أن يدمج أساليب القياس المستندة إلى البحث، والمتضمنة (1) فحص مستويات الفهم الحسابي المحسوس، وشبه المجرد والمجرد، (2) وقياس الاهتمامات والخبرات الحسابية، (3) وفحص أنماط الأخطاء، (4) واستخدام المقابلات المرنة (Allsopp, Kyger & Lovin, 2008)، بحيث تسمح هذه العملية التقويمية الشاملة وغير الرسمية للمعلم بتصميم تدريس فعّال يستجيب للحاجات الفريدة للطلبة ذوي صعوبات التعلم.

تعديلات (مواءمات) الاختبار Testing Accommodations:

تتشابه التعديلات الخاصة بالطلبة ذوي صعوبات التعلم بالتعديلات الخاصة بالطلبة المعاقين عقلياً، التي تم عرضها في الفصل الخامس، حيث يتلقى الطلبة ذوو صعوبات التعلم تعديلات خاصة بالاختبارات المعيارية وترتبط ببرمجتها، وطريقة تقديمها، وبطريقة الاستجابة لها. ومن أكثر التعديلات المقدمة للطلبة ذوي صعوبات التعلم شيوعاً زيادة الوقت المخصص للأداء على المهمات، ووضع الطالب ضمن مجموعات اختبارية صغيرة. وعلى الرغم من شيوع تعديلات الاختبار مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم، إلا أن نتائج الأبحاث الخاصة بفاعلية تلك التعديلات ما تزال غير واضحة. فعلى سبيل المثال، من غير الواضح إذا كانت تلك التعديلات تزود الطلبة بفرص عادلة في إظهار معرفتهم، أو أنها تمكنهم من رفع مستوى أدائهم، ولذلك فهناك حاجة لمزيد من الأبحاث لاستقصاء التعديلات الاختبارية الأكثر مناسبة لفئات محددة من الطلبة ذوي صعوبات التعلم.

التدخل المبكر Early Intervention:

تُعد البرامج المتوافرة للأطفال ذوي صعوبات التعلم في مرحلة ما قبل المدرسة قليلة جداً؛ بسبب التحديات المرتبطة بالتعرف إليهم في مثل هذا العمر المبكر. فعندما نتحدث عن فحص الأطفال في

سن ما قبل المدرسة واختبارهم، فإننا في الواقع نتحدث عن تنبؤ أكثر من كوننا نتحدث عن تعّرف، فهم لم يتعرضوا للتعلم الأكاديمي في القراءة والحساب، بعد ولسوء الحظ فالتنبؤ أقل دقة دائماً من التعّرف. وما يزيد الأمر في مرحلة ما قبل المدرسة صعوبة أن بعض الأطفال ذوي صعوبات التعلم يواجهون تأخراً نمائياً كغيرهم من بعض الأطفال العاديين الذين يواجهون بطئاً نمائياً في هذه المرحلة أيضاً، ولكنهم سرعان ما يلحقون بأقرانهم. ولذلك يبدو من الحكمة إظهار الحرص الشديد عند التعّرف إلى الأطفال ذوي صعوبات التعلم في مرحلة ما قبل المدرسة، وقد أشار الباحثون إلى مراعاة الإشارات التحذيرية في هذه المرحلة للتنبؤ بوجود صعوبات تعلم في المراحل اللاحقة من العمر، والمبينة في جدول 3.1.

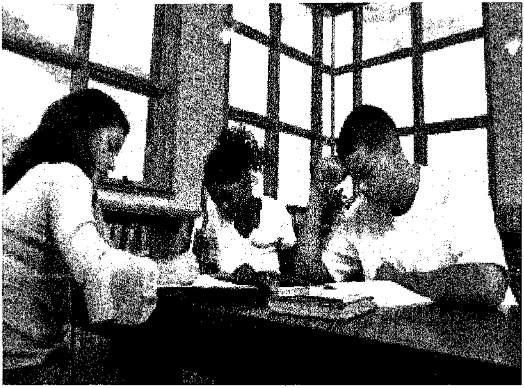
جدول 3.1 المؤشرات النمائية الهامة

- [illegible]
- محدودية المفردات الاستقبالية.
- قلة المفردات التعبيرية (يتحدثون متأخراً).
- صعوبة فهم التعليمات البسيطة.
- انخفاض القدرة العقلية .
- تواصل تلقائي غير ملائم (صوتياً، أو لفظياً، أو غير لفظي).
- قواعد لغوية بدائية.
- [illegible]
- بطء في تسمية الأشياء والألوان.
- محدودية الوعي بالأصوات الكلامية (مثل السجع، ومزج المقاطع).
- اهتمام قليل بالمطبوعات (المجلات والكتب).
- وعي محدود بالمطبوعات (مثل تصفح الكتب).
- [illegible]
- مشكلات في مهارات التآزر الحركي الكبيرة والدقيقة (القفز، ارتداء الملابس، التقطيع، القفز بالحبل).
- صعوبة في الرسم والنسخ والتلوين.

المصدر مقتبس من: National Joint Committee on Learning Disabilities. (2006). Learning Disabilities and young children: Identification. Retrieved from://www.ldonline.org/about/partrers/njld

الانتقال إلى مرحلة الرشد Transition to Adulthood:

اعتقد الأخصائيون سابقاً أن الطلبة ذوي الصعوبات سيتجاوزون صعوباتهم بالتدريج عند وصولهم لمرحلة الرشد، ولكن سرعان ما تبدد هذا الاعتقاد، حيث تبقى الصعوبة موجودة في المستقبل لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم على الرغم من انحسار آثار تلك الصعوبات مع التقدم بالعمر مقارنة



بفئات أخرى كالمضطربين سلوكياً. وتفيد الأبحاث أن نسبة التسرب من المدرسة لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم تشكل ضعفين إلى ثلاثة أضعاف مقارنة بالطلبة العاديين، وتبلغ نسبة الطلبة ذوي صعوبات التعلم المتسربين من المدرسة 25% (Cortiella, 2009; Rojewski, Gregg, 2011). كما يعاني الطلبة ذوو صعوبات التعلم من مشكلات تلازمهم في التعلم، والتواصل الاجتماعي، والاحتفاظ بالوظائف، والعيش بالاستقلالية (Scanlon, Patton, & Raskind 2001). وحتى أولئك الطلبة الناجحون نسبياً بانتقالهم لمرحلة الرشد غالباً ما يكرسون جزءاً كبيراً من طاقتهم للتعامل مع مواقف الحياة المختلفة.

العوامل المرتبطة بالانتقال الناجح Factors Related to Successful Transition:

يعتمد المدى الذي يمكن للراشد ذوي صعوبات التعلم الوصول إليه على عوامل متنوعة، ومن الصعب التنبؤ بذلك المدى. حيث تناول العديد من الباحثين موضوع العوامل المساهمة في نجاح الراشدين ذوي صعوبات التعلم في التكيف مع المحيط ومنهم: (Bear, Kortering, & Braziel, 2006; Ginsberg, & Reff, 1992; Kavale, 1988; Lindstrom & Benz, 2002; M.H.Raskind, Golberg, Herman, 1999; Reiff, Gerber, &ginsberg, 1997; Rojewski & Gregg, 2011; Spekman,

Goldberg, & Herman, 1992). وعلى الرغم من اعتبار الذكاء والتحصيل أفضل المتنبئات بالنجاح، تتمثل الأمور التي تميز الراشدين الناجحين من ذوي صعوبات التعلم عن غيرهم في الآتي:

1) درجة غير عادية من المثابرة.

2) القدرة على تحديد الأهداف بأنفسهم.

3) تقبل واقعي لجوانب ضعفهم يقترن باتجاه لتنمية جوانب القوة وتطويرها لديهم في الوقت ذاته.

4) توافر اتصال بشبكة قوية من الأسرة والأصدقاء.

5) تلقي تدخلات تربوية مكثفة وطويلة الأمد.

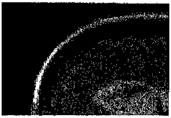
6) تلقي تدريب مهني عالي النوعية.

7) بيئة عمل داعمة.

8) القدرة على السيطرة على مجريات حياتهم.

وتعد مسألة السيطرة على مجريات الحياة من الأساسيات التي تمّيز الراشدين الناجحين من ذوي صعوبات التعلم عن غيرهم، فهم لا يتركون صعوبات التعلم تحدد مصيرهم، ولكنهم يأخذون المبادرة في ضبط مجريات الأمور في حياتهم، حيث يمكنهم ذلك من تجنب تأثير الآثار السلبية لصعوبات التعلم على حياتهم، ويساعدهم على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين (Queen,2001). وتمثل القصة التالية لإيرك بريدين Eric Breeden مثالاً جيداً عن عدم السماح لصعوبة التعلم بالتأثير في الأهداف طويلة المدى للفرد.

إيرك بريدين: التواصل مع الأقران



ولد ايريك بريدين في شارلوتسفيلي في ولاية فرجينيا، ويدرس حالياً في مدرسة ألبيمارل الثانوية، وقد تم تشخيص صعوباته التعليمية في الصف الخامس، حيث كان قلق والدته أساساً منصباً على سلوكه المضطرب الذي نبه إليه معلموه في الصف الخامس. وعندما تم تشخيصه بدأت التغيرات تحدث في الصف مما أدى لاختفاء سلوكاته مثار الجدل. وقد تضمنت تلك التغيرات جعله يجلس في المقعد الأمامي، وتزويده بملاحظات عن الدروس للمراجعة، وإعطاءه وقتاً أطول في الامتحانات، وتعاوناً أكبر بين معلم غرفة المصادر ومعلم الصف العادي. وقد وجدو ايريك أن بعض تلك التعديلات كان مثمراً لحالته أكثر من غيره مما سمح له بالتقدم نحو النجاح في المدرسة الثانوية، حيث إنه من المتفوقين رياضياً ويأمل بالذهاب للجامعة لدراسة تخصص العدالة الجنائية والاستمرار بلعب كرة القدم الأمريكية. وفيما يلي حوار تم إجراؤه مع إيريك:

- ماذا تفعل للاستمتاع بوقتك؟

أمضي الوقت مع أصدقائي وألعب كرة القدم.

- ما طريقتك المفضلة للاسترخاء؟

البقاء في البيت والاستماع إلى الموسيقى.

- ما الشيء الذي تنجح في عمله؟

الرياضة! حيث ألعب كرة القدم والجري والتتابع.

- ماذا يغيظك؟

الخسارة والفشل والاستسلام في المدرسة أو الرياضة.

- هل يمكنك أن تتذكر معلماً كان تأثيره إيجابياً في حياتك؟

نعم، معلمة الروضة التي جعلتني أحب المدرسة، فقد كانت ممتعة وما أزال أتذكرها!

- هل هنالك شخص في عائلتك أو شخص مشهور يُعد نموذجك الأعلى؟ ولماذا تعده النموذج الأعلى؟

لاعب كرة القدم، راي ليويس، الذي يلعب لفريق الريفينز، فأنا معجب به لأنه أحد أفضل لاعبي الرابطة الوطنية لكرة القدم الأمريكية، ولكنه لا يتباهى بذلك وهو غير متعجرف.

- ما الشيء الأكثر صعوبة لديك كونك تعاني من صعوبة تعلم؟

عندما تم تشخيصي في الصف الخامس بدأت بأخذ دروس في غرفة المصادر بالإضافة لمتابعة تعليمي في الصف العادي، حيث ساعدني معلمي على البقاء منظماً ومسايراً للتعلم في الصف مع أقراني. ولكن بدأت الصعوبة عندما انتقلت للمدرسة الثانوية، فنتيجة لتلقي حصص إضافية في غرفة المصادر لم أتمكن من اختيار بعض المواد الإضافية التي كنت أرغب بدراستها كالفن واللغة الأجنبية. ولكنني قررت في الصف العاشر أنه يتوجب عليّ أن أجرب الاستغناء عن غرفة المصادر، وقد وجدت أن الأمور قد سارت على نحو جيد، حيث أتلقى الآن بعض التوجيه من معلم غرفة المصادر، ولكنني نادراً ما ألاحظ صعوبة التعلم لدي؛ لأنني لا أتغيب عن صفوفي العادية كما كنت أفعل عندما كنت أتلقى بعض الدروس في غرفة المصادر، أعتقد بأنه يمكنني أداء جميع الأعمال المدرسية بدون مشكلات تذكر.

- هل تعتقد أن صعوبتك التعلمية ستعيقك وستؤثر في قدرتك على تحقيق ما تريده في الحياة؟

لا، أعتقد أنني ما زلت قادراً على التخرج من المدرسة الثانوية، فعندما كنت ملتحقاً بغرفة المصادر لم أتمكن عندها أن أحصل على شهادة متقدمة بسبب عدم دراستي للغة الأجنبية، ولكن عندما سمحوا لي بالتوقف عن الذهاب لغرفة المصادر، درست اللغة الإسبانية وهي إحدى متطلبات التخرج والحصول على شهادة الدبلوم المتقدمة من المدرسة الثانوية؛ كما أخطط للذهاب للجامعة وأتمنى أن أتمكن من لعب كرة القدم في الجامعة.

- هل أثرت صعوبة التعلم في علاقاتك الاجتماعية؟

لا، مطلقاً.

- هل هناك أي إيجابية لصعوبة التعلم، التي ربما لا يدركها الآخرون؟

ليس بالضبط، فقد حصلت على امتياز أن تكتب الملاحظات في الصف وتعطى لي بعد انتهاء الحصص، كما يمكنني أخذ امتحاناتي بطرق مختلفة. ولكنني لم أعد أتلقى مثل تلك الأشياء حالياً.

- كيف ينظر الآخرون إليك؟

أعتقد أنهم ينظرون لي كشخص ممتع ويسرهم إمضاء الوقت برفقتي، وينظرون لي كرياضي.

- أين ترى نفسك بعد عشر سنوات من الآن؟

أرغب في الحصول على وظيفة وآمل أن تكون في العدالة الجنائية، وتكوين أسرة، وربما العيش في نيويورك، فلوريدا، أو في كاليفورنيا.

- ما الذي لا يمكنك العيش بدونه؟

الرياضة.

برامج المرحلة الثانوية Secondary Programming:

تختلف الاتجاهات التربوية المتبعة في تعليم الطلبة ذوي صعوبات التعلم في المرحلة الثانوية، وتعتمد على طبيعة الهدف منها الذي قد يبدو إما بإعدادهم لإكمال تعليمهم أو بإعدادهم للعمل. فالطلبة الذين يرغبون بالذهاب إلى سوق العمل والحصول على وظيفة يتلقون تعليماً على المهارات الحسابية الأساسية، والفنون اللغوية، والقراءة، والمهارات الوظيفية، كمهارات السلوك المهني المناسب والمتضمن: تعبئة طلبات التوظيف، وترتيب الموازنة الشخصية، وتدقيق الحسابات المصرفية ودفتر الشيكات. فيومهم الدراسي عبارة عن مزيج بين تزويدهم بخبرات تعليمية ومهنية، وتحاول المدرسة تزويدهم بفرص لاكتشاف مهن متنوعة تدخل ضمن نطاق اهتمامهم، وتشجعهم على الانخراط بأعمال مدفوعة الأجر لتحسين إمكانية نجاحهم المستقبلي في العمل بعد التخرج من المدرسة الثانوية.

بينما يتلقى الطلبة الذين يرغبون بإكمال دراستهم الجامعية مزيداً من الدعم في المواد الأكاديمية. ومقارنة بمرحلة التعليم الأساسية، يتحول دور معلم التربية الخاصة في المرحلة الثانوية لدور استشاري لمعلم المرحلة الثانوية في المجالات الأكاديمية كالحساب والتاريخ والعلوم. فمعلم الصف العادي يدرّس المحتوى الدراسي، بينما يقترح معلم التربية الخاصة شكل التعديلات المناسبة، ويدرب الطالب على تعلم استراتيجيات التعلم وممارستها. فعلى سبيل المثال، يركز نموذج تعليم الاستراتيجيات - المطوّر في مركز أبحاث التعلم في جامعة كنساس- على تدريب الطلبة على معالجة قصورهم في مهارات ما وراء المعرفة وتخطيه بواسطة استراتيجيات التعلم (Deshler et al., 2001)، حيث طوّرت مجموعة كنساس مجموعة من الاستراتيجيات التي تمكن الطلبة من تنظيم المعلومات وتعلمها بكفاءة.

وبصرف النظر عن كون التركيز ينصب على التهيئة للعمل أو لإكمال الدراسة، فإن المحور الأساسي في برنامج الانتقال يتمثل في تمكين الطلبة من اتخاذ القرارات المتصلة بتحمل مسؤولية

مستقبلهم (Cobb & Alwell, 2009)، ومن إحدى الطرق لتحقيق ذلك التأكيد على مشاركة الطلبة في عملية التخطيط للمرحلة الانتقالية. وبالإضافة لخطة الانتقال المشار إليها في الفصل الثاني، يحث القانون الاتحادي المدارس على تطوير تلخيص الأداء Summary of Performance (SOP) لكل طالب معاق بنهاية المرحلة الثانوية، على أن يتضمن ذلك التلخيص قرارا إما بتخرجه أو بتمديد فترة استفادته من برامج التربية الخاصة. ويصمم تلخيص الأداء بحيث يحتوي خلاصة عن المعلومات ذات العلاقة بتقارير التقييم والتشخيص، والتعديلات التي تم تزويد الطالب بها، وخدمات الدعم الواجب استخدامها عند التوظيف والتدريب أو لمرحلة ما بعد المرحلة الثانوية، ويخصص مساحة معينة في تلخيص الأداء لإسهام الطالب نفسه. وبما أن تلخيص الأداء إجراء حديث نسبياً (حيث بدء العمل به في العام 2007–2008)، فالأبحاث التي تناولت فاعليته ما تزال قليلة (Gerber, 2009).

برامج ما بعد المرحلة الثانوية Postsecondary Programming:

تتضمن برامج ما بعد المرحلة الثانوية برامج التعليم المهني والتعليم التقني وكليات المجتمع والدراسة الجامعية، وقد تزايدت أعداد الطلبة ذوي صعوبات التعلم الملتحقين بالجامعات شيئاً فشيئاً، حيث بدأت الجامعات مؤخراً بتوفير برامج خاصة لتقديم خدماتها لهذه الفئة من الطلبة.

فعندما ينوي الطالب وأسرته اختيار كلية معيّنة ليكمل دراسته، عليهم أن يستقصوا نوع الخدمات المقدمة للطلبة في تلك الكلية، حيث تتطلب المادة (504) من قانون التأهيل المهني لعام 1973 (القانون الأمريكي العام 112–93) من الكليات توفير تعديلات مناسبة للطلبة المعاقين، ويعد عدم توفير مثل تلك التعديلات بمثابة تميز ضدهم. وتتمثل أهم تلك التعديلات بزيادة الوقت المخصص لأدائهم الاختبارات، والسماح لهم بأخذ الاختبارات بغرفة خالية من المشتتات، وتوفير المحاضرات والكتب على أشرطة مسجلة، وتوفير متطوعين لتدوين الملاحظات في المحاضرات لهم.

وعلى الرغم من حق الطلبة المعاقين في الحصول على تعديلات خاصة بهم، إلا أنهم بحاجة إلى أن يكونوا نشطاء في المطالبة بحقوقهم ليتمكنوا من الحصول على تلك الخدمات. ولذلك فإن من المهارات الكامنة والمفيدة لهم بوصفهم طلبة جامعيين تتمثل في توكيد الذات، وتعني القدرة على فهم الإعاقة التي يعاني منها شخصياً، والوعي بحقوق الفرد القانونية، والقدرة على التعبير عن حقوقهم الشخصية للأساتذة والإداريين في الكلية أو الجامعة (Madaus & Banerjee, 2011). وعلى الرغم من أهمية تعلم مهارات توكيد الذات للطلبة ذوي صعوبات التعلم في المرحلة الثانوية، إلا أن العديد منهم يلتحقون بالجامعة وهم لا يزالون بحاجة للحصول على توجيه خاص بكيفية الدفاع عن حقوقهم بثقة وبطريقة مقبولة وغير منفّرة. ويبقى الكثير من الأمور التي ينبغي تعلمها في مجال وضع البرامج التي تجعل من مرحلة الرشد لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم غنية، ومع ذلك فهناك محاولات مهمة تحققت في الاتجاه الصحيح. فمنذ عام 1997، انخفض عدد المتسربين من ذوي صعوبات التعلم من المرحلة الثانوية بمقدار 40%، كما زاد عدد خريجي المرحلة الثانوية الحاصلين على شهادة الدبلوم

بمقدار 20% (Cortiella, 2009)، بالإضافة إلى حصول زيادة في عدد الطلبة ذوي صعوبات التعلم الذين يدخلون الكليات الجامعية.

ملخص الفصل (SUMMARY):

كيف يعرّف المختصون صعوبات التعلم؟

يعد تعريف الحكومة الفيدرالية الأمريكية التعريف الأكثر شيوعاً، الذي تم العمل به منذ العام 1975 ثم جرى تغير كلمات محدودة به في عام 1997.

قدمت اللجنة الوطنية الاستشارية لصعوبات التعلم تعريفها الذي يختلف عن التعريف الفدرالي في:

(1) عدم الإشارة للعمليات النفسية، و(2) تضمين الطبيعة الداخلية لصعوبات التعلم لدى الفرد، و(3) تضمين مرحلة الرشد، و(4) تضمين مشكلات التنظيم الذاتي والتفاعل الاجتماعي، و(5) حذف المصطلحات صعبة التعريف، و(6) تقليل الارتباك المرتبط بالتلميحات المستثناه، و(7) حذف التهجئة.

كيف يعرف المختصون الطلبة ذوي صعوبات التعلم؟

منذ نهاية السبعينيات من القرن الماضي تمثلت الوسيلة الرئيسة في تعريف صعوبات التعلم في البحث عن التباين بين درجة الذكاء والتحصيل الأكاديمي.

اقترح المختصون مؤخراً استخدام اتجاه الاستجابة للتدخل.

- يستند اتجاه الاستجابة للتدخل إلى نموذج الحلقات الثلاث للوقاية.
- تم اقتراح العديد من نماذج الاستجابة للتدخل وتطبيقها.
- ما تزال العديد من الأسئلة المرتبطة بفاعلية تطبيقات اتجاه الاستجابة للتدخل على مجموعات أكبر من الطلبة بحاجة إلى إجابات.

ما نسبة انتشار صعوبات التعلم؟

تبلغ نسبة صعوبات التعلم 5% من طلبة المدارس، وبذلك تشكل صعوبات التعلم الفئة الأكبر من فئات التربية الخاصة.

تضاعفت نسبة انتشار صعوبات التعلم منذ نهاية السبعينيات، ولكن سرعان ما تناقصت هذه النسبة منذ أواخر التسعينيات.

- يرجع البعض سبب الزيادة تلك إلى ضعف تطبيقات التشخيص.
- يعتقد البعض أن جزءاً من تلك الزيادة يعود إلى تغيرات ثقافية واجتماعية، وربما بسبب التحوّل عن تصنيف بعض الأطفال بأنهم معاقون عقلياً.

تبلغ نسبة انتشار صعوبات التعلم بين الذكور إلى الإناث من نفس الفئة 1:3.

- يرجع البعض ذلك إلى تحيز للجنس في عملية تحويل المعلمات للطالبات الإناث، التي هي أقل منها لدى الذكور.
- بينما يعتقد آخرون أن ذلك يعود جزئياً إلى أن الذكور أضعف بيولوجياً أكثر من الإناث.

ما أسباب صعوبات التعلم؟

نتيجة التطور في أساليب التصوير العصبي، تعتقد معظم السلطات التربوية أن صعوبات التعلم ترجع

إلى خلل وظيفي في النظام العصبي المركزي.

تشير الأدلة العلمية إلى أن العديد من حالات صعوبات التعلم وراثية.

قد يسبب كل من التسمم (مثل متلازمة الطفل الكحولي)، والعوامل الطبية (الولادة المبكرة) صعوبات تعلم.

ما أبرز الخصائص النفسية والسلوكية للطلبة ذوي صعوبات التعلم؟

يظهر الأشخاص ذوو صعوبات التعلم مدى متنوعاً من التباينات الشخصية وبين الشخصية.

يُشكل القصور الأكاديمي جوهر صعوبات التعلم.

- تعد صعوبات القراءة الشكل الأكثر شيوعاً بين صعوبات التعلم الأكاديمية، وتبدو في مشكلات فك الرموز والطلاقة القرائية والاستيعاب القرائي.

ترتبط القدرة على فك الرموز بالوعي بالأصوات الكلامية، وفهم أن الكلام يحتوي وحدات صوتية (كلمات، مقاطع، فونيمات).

ترجع أهمية تعلم القدرة على فك الرموز إلى الوعي الصوتي، بمعنى أن الكلمات مكونة من أصوات أو فونيمات.

- تُعد صعوبات الكتابة من المظاهر الشائعة لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم؛ وتتضمن الكتابة اليدوية والتهجئة والإنشاء.

- تتضمن صعوبات اللغة الشفهية مشكلات في القواعد والمعاني والأصوات واستخدام اللغة والكلام.

- تتضمن صعوبات الرياضيات مشكلات في الحساب والمسائل الرياضية.

يعاني بعض الطلبة ذوي صعوبات التعلم من مشكلات إدراكية، وإدراكية-حركية وفي التآزر العام.

يعاني العديد من الطلبة ذوي صعوبات التعلم من مشكلات في الانتباه، حيث أن هناك تداخلاً يتراوح بين 10-25% بين صعوبات التعلم وبين اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط زائد.

تتضمن مشكلات الذاكرة مشكلات الذاكرة قصيرة المدى والذاكرة العاملة.

تتضمن مشكلات ما وراء المعرفة قصوراً في إدراك متطلبات المهمة، واختيار الاستراتيجيات الملائمة واستخدامها، والمراقبة وتكييف الإستراتيجية.

تتضمن المشكلات الاجتماعية-الانفعالية رفض الأقران، وتدني مفهوم الذات، وضعف المعرفة الاجتماعية.

- تبدو مشكلات التفاعل الاجتماعي أكثر انتشاراً لدى الطلبة ذوي الصعوبات التعلمية الحسابية، والمهام البصرية المكانية واللمسية والتنظيم الذاتي؛ حيث يشار أحياناً إلى أولئك الطلبة على أنهم يعانون من صعوبات تعلم غير لفظية.

- يمكن أن تتضمن مشكلات الدافعية مركز الضبط الخارجي والشعور بالعجز المتعلم.

- تَنظر السلطات التربوية إلى الطلبة ذوي صعوبات التعلم بوصفهم متعلمين سلبيين.

ما الاعتبارات التربوية الواجب مراعاتها مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم؟

يركز التدريب المعرفي على: (1) تغيير عمليات التفكير (2) توفير استراتيجيات للتعلم (3) تعليم المبادرة الذاتي.

- يتضمن تعليم الذات جعل الطلبة يقولون ما الذي يجب أن يقوموا به بصوت مسموع.

- تتضمن المراقبة الذاتية جعل الطلبة يقوّمون ويسجلون أداءهم ذاتياً في أثناء تأديتهم عملهم الدراسي.
- يتضمن تدعيم التعليم قيام المعلم بتقديم الدعم للطالب بينما يقوم بتأدية عمله الدراسي.
- يتضمن التدريس التبادلي قيام المعلم بنمذجة الأداء الصحيح، وبعدها يقوم الطالب بافتراض أنه مساعد المعلم من خلال استخدام أربع استراتيجيات وهي: التنبؤ، والتساؤل، والتلخيص والتوضيح.

اتجاهات التدريس الفعّالة في القراءة مباشرة ومنظمة وتركز على الوعي بالأصوات الكلامية، والطلاقة، والمفردات، والاستيعاب القرائي.

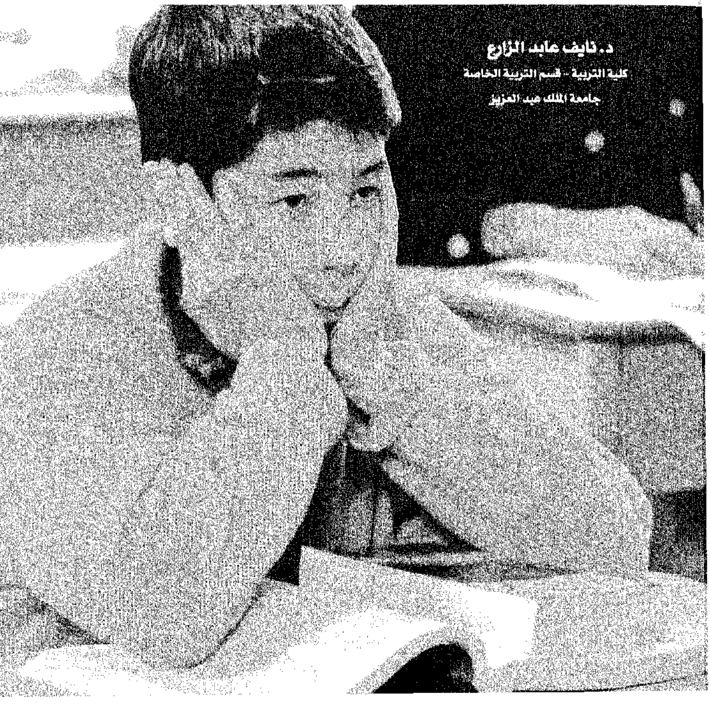
اتجاهات التدريس الفعّالة في الكتابة مباشرة ومنظمة، ومن الأمثلة عليها نموذج تطوّر استراتيجية التعلم المنظم ذاتياً.

اتجاهات التدريس الفعّالة في الحساب مباشرة ومنظمة ومتتابعة لتقليل الأخطاء، وإذا ما حدثت الأخطاء، سيتم معالجتها فورياً.

الفصل 4

الطلبة ذوي اضطراب عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد

Learners With Attention Deficit Hyperactivity Disorder



د. نايف عابد الزارع
كلية التربية - قسم التربية الخاصة
جامعة الملك عبد العزيز

اسمحوا لي أن أرى ما إذا كان فيليب يكون السيد الصغير.

اسمحوا لي ان نرى ما اذا كان قادرا على الجلوس لمرة واحدة على الكرسي

هكذا يطلب والده منه أن يعدل سلوكه بالجلوس

و امه غير راضيه عن سلوكه

و لكن فيليب بعناده لا يريد الجلوس فهو يتململ و يتكلكل و يترنح و يتمايل بكرسيه كسلوكه على لعبة الحصان الهزاز..

فليب أنا غاضب

هاينريش هوفمان قصة فيليب المتململ 1865

يتوقع بعد قراءتك لهذا الفصل أن تعرف الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- ما هي الأصول التاريخية لاضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.
- ما هو التعريف الحالي اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.
- ما هو مدى انتشار لاضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.
- ما هي طرق التقييم التي يستخدمها المهنيون للتعرف على الافراد الذين لديهم إضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.
- ما هي أسباب اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.
- اذكر بعض الخصائص النفسية والسلوكية للمتعلمين الذين لديهم إضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.
- اذكر أهم الاعتبارات التربوية للمتعلمين من ذوي عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.
- اذكر اهم الاعتبارات الطبية للمتعلمين من ذوي عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.
- كيف يقييم المهنيون الجوانب الأكاديمية، والانتباه، والتقدم السلوكي للطلاب الذين لديهم عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.
- اذكر اهم الاعتبارات فيما يتعلق بالتدخل المبكر للمتعلمين من ذوي إضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.
- اذكر اهم الاعتبارات فيما يتعلق بالانتقال إلى مرحلة البلوغ لدى المتعلمين من ذوي إضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.

بعض الاعتقادات الخاطئة والصحيحة حول الطلبة ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد

الاعتقاد الخاطئ: جميع الأطفال الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد لديهم نشاط زائد.

الاعتقاد الصحيح: يسعى التصنيف النفسي لمن لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد إلى تغيير حقيقة أن بعض الأشخاص يُظهرون فقط عدم الانتباه، أو يظهرون فقط نشاطاً زائداً/تهوراً (اندفاعاً)، أو كليهما معاً.

الاعتقاد الخاطئ: العرض الرئيس لعجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد هو عدم الانتباه.

الاعتقاد الصحيح: المفاهيم الحديثة لعجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد تُعد مشكلات مصحوبة بالكبح السلوكي، والوظيفة التنفيذية، والوعي بالوقت وإدارته، والسلوك الموجه للهدف أهم المشكلات السلوكية لذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد.

الاعتقاد الخاطئ: عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد بدعة (موضة)، وتشخيص سطحي في الأزمنة الأخيرة في الولايات المتحدة مع وجود أبحاث قليلة لدعم وجوده.

الاعتقاد الصحيح: تشير الدراسات بأن الأطباء عرفوا وجود مشكلات عجز الانتباه والنشاط الزائد في القرن الثامن عشر، ومنتصف القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين. بدأت الدراسة العلمية الجادّة لمشكلات الانتباه في أوائل ومنتصف القرن العشرين، واليوم تدعم الأبحاث القوية المحكمة وجودها، وانتشار عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد في عدة دول أخرى مرتفع على الأقل كما هو الحال في الولايات المتحدة.

الاعتقاد الخاطئ: أن عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد هو في الأساس إصابة بسيطة في الدماغ.

الاعتقاد الصحيح: في معظم الحالات الخاصة بعجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد لا يوجد دليل على وجود أذى حقيقي في الدماغ. معظم السلطات (الهيئات) تعتقد بأن عجز الانتباه والنشاط الحركي نتيجة خلل عصبي، والذي غالباً ما يكون له صلة بعوامل وراثية.

الاعتقاد الخاطئ: أن المشكلات الاجتماعية للطلاب الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد نتيجة عدم معرفتهم كيفية التفاعل اجتماعياً.

الاعتقاد الصحيح: أن معظم الناس الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد يعرفون كيف يتفاعلون، غير أن مشكلاتهم مع الضبط السلوكي يجعل الأمر صعباً عليهم في القيام بسلوكيات اجتماعية مناسبة.

الاعتقاد الخاطئ: أن استخدام محفزات نفسية مثل الريتالين يمكن أن يحوّل الأطفال إلى مسيئين في استخدام مواد أخرى مثل الكوكايين والماريوانا.

الاعتقاد الصحيح: لا يوجد أي دليل يُبين بأن استخدام المحفزات النفسية مع من لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد يؤدي مباشرة إلى الاستعمال السيئ للمخدرات. في الحقيقة تشير الأدلة بأن أولئك الذين أعطوا الريتالين كأطفال من المرجح بصورة أقلّ أن يتحولوا إلى مستعملين للمخدرات كمراهقين. مع ذلك، ينبغي الاهتمام للتأكد بأن الأطفال أو الآخرين لا يسيئون استخدام المحفزات النفسية الموصوفة لهم.

الاعتقاد الخاطئ: للمحفزات النفسية تأثير فيه مفارقة حيث أنها تكبت الأطفال بدلاً من تنشطيهم. إضافة إلى أن لها هذا التأثير فقط على الأطفال من ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد.

الاعتقاد الصحيح: أن المحفزات النفسية بدلاً من تسكين الأطفال فإنها بالفعل تنشط أجزاء من الدماغ المسئولة عن الضبط السلوكي والوظائف التنفيذية (العملية). بالإضافة إلى أن هذا التأثير يحدث مع الأشخاص الذين ليس لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد.

الاعتقاد الخاطئ: لأن الطلاب ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد يتفاعلون بقوة مع المثير. فإن بيئاتهم التعلمية يجب أن تكون قليلة التنظيم Unstructured على نحو كبير حتى يتم الاستفادة من أساليب تعلمهم الطبيعة.

الاعتقاد الصحيح: أوصت معظم الهيئات بوجود غرفة صفية عالية التنظيم لطلاب عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد. وخاصة في المراحل الأولى من التدريس.

يشير بيركلي (Berkley,1998) **إلى أن شخصية فيدجيتي فيل** Fidgety Phil في تلك القصيدة التي كتبها الطبيب الألماني هنريتش هوفمان Heinrich Hoffmann تعد بمثابة إحدى الإشارات الأولى في الأدب الغربي لما نشير إليه اليوم على أنه اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ADHD حيث نجد أن عدم قدرة فيل Phil على التحكم في اندفاعيته يشبه ما نطلق اليوم عليه النشاط الزائد وليس قصور الانتباه، أو ما كان يطلق عليه من قبل قيام الفرد بتنظيم سلوكه. وسوف نناقش ذلك على نحو أكثر تفصيلاً فيما بعد، ولكن من المهم أن نشير هنا إلى أن النشاط الحركي الزائد من جانب فيل Phil أو ما يطلق عليه فرط الحركة أو النشاط يُعد سمة مميزة للكثيرين من الأطفال الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد، ولكنه مع ذلك ليس سمة لهم جميعاً. وعندما كتب هوفمان Hoffmann قصيدة أخرى عن قصة جوني Johnny كانت تدور حول طفل يعاني من قصور الانتباه من غير أن يعاني من أي مشكلات تتعلق بالنشاط الزائد.

والحقيقة أن مثل هذا الأمر قد تم إدراكه في وقت مبكر وذلك منذ منتصف القرن الثامن عشر، وإن كان قد تم على هيئة دراسات حالة شعرية فقط فإنه يُعد ذا أهمية كبيرة أيضاً. أما الآن فإن الأمر برمته يخضع للنقد حيث يشار إليه على أنه وهم أو حالة زائفة تعد بمثابة نمط من التشخيص لأولئك الأفراد الذين يتسمون في الأساس بالكسل أو نقص الدافعية. وربما يمثل ذلك بعض الأسباب التي لم تجعل من هذا الاضطراب فئة مستقلة من وجهة نظر وزارة التربية الأمريكية، أي لم يتم النظر إليه على أنه فئة مستقلة الإعاقة العقلية أو صعوبات التعلم على سبيل المثال. ولذلك فإن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يتلقون خدمات التربية الخاصة تحت مسمى آخر هو "فئة الإعاقات الصحية الأخرى". Other Health Impairments وهو ما يعني من جانب آخر أن ذلك الاضطراب يندرج تحت هذه الفئة المشار إليها.

نظرة تاريخية سريعة:

إضافة إلى ذلك التقرير الذي قدمه هوفمان Hoffmann عن شخصية فيل Phil والذي نشره منذ منتصف القرن الثامن عشر فإن لدينا في الواقع العديد من الأدلة العلمية عن وجود اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد منذ بدايات القرن العشرين وهو الأمر الذي نعرض له على امتداد الصفحات التالية.

الأطفال الذين وصفهم ستيل Still بالقصور في الضبط الأخلاقي:

يعد الطبيب الإنجليزي جورج ستيل George Still من أوائل من قاموا بتقديم تلك الحالة التي نطلق عليها في الوقت الراهن اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد إلى السلطات الطبية حيث ألقى ثلاث محاضرات في الكلية الملكية للأطباء في لندن عام 1902 ووصف خلالها حالات لأطفال يتسمون بالحقد أو الضغينة، والقسوة، وعدم الطاعة أو العناد، والاندفاعية، ومشكلات في الانتباه والنشاط الزائد. ورأى ستيل Still أن مثل هؤلاء الأطفال يعانون في الأساس من قصور في الضبط الأخلاقي. ويرى أن الضبط الأخلاقي يتضمن الإرادة المانعة أي قدرة الفرد على الإحجام عن الاندفاع في سلوك غير مناسب. ويشير كذلك إلى أنه يمكن النظر إلى تلك الإرادة أو الاختيار من منظور الضبط الأخلاقي على أنها مانعة تعمل على الكف، أي أنه ينظر بذلك إلى القوة الزائدة لأحد المثيرات على الحركة والنشاط في مقابل القوة الأفضل لمثير آخر، وهي ما نطلق عليها الفكرة الأخلاقية التي تنتشر لدى الفرد وتمثل القوة المانعة لديه حيث تعمل على منع أو كف قوة المثير المقابل الذي يمكن أن يؤدي إلى الاندفاعية. ويرى باركلي (Barkley (1997, 1998 أنه رغم مرور ما يربو على قرن كامل أو يزيد قليلاً على كلمات ستيل Still هذه فإن إحدى النظريات النفسية المعاصرة ذات التأثير تقوم أساساً على فكرة أن الإعاقة الأساسية في اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ما هي في الأصل إلا قصور في عملية المنع أو الكف السلوكي.

وجدير بالذكر أن تلك الحالات التي عرض لها ستيل Still كانت أيضاً تشبه تلك الحالات التي نشخصها اليوم على أنها تعاني من اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد في خمسة جوانب على الأقل هي:

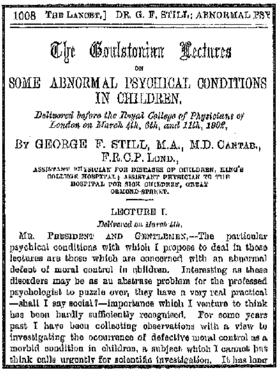
1. أن العديد من هؤلاء الأطفال كانوا يعانون من حالات باثولوجية بسيطة بالمخ.
2. أن العديد من هؤلاء الأطفال كانوا يتمتعون بمستوى ذكاء عادي.
3. أن تلك الحالة كانت أكثر انتشاراً بين البنين قياساً بالبنات.
4. أنه كانت هناك أدلة على وجود أساس وراثي لتلك الحالة.
5. أن العديد من أولئك الأطفال وأقاربهم أيضاً كانوا يعانون من مشكلات نفسية أو جسمية أخرى كالاكتئاب والقلق على سبيل المثال.

ومما لا شك فيه أن مثل هؤلاء الأطفال الذين تحدث عنهم ستيل Still إذا ما كانوا موجودين اليوم فإننا كنا سنقوم بتشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب وعجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد، أو اضطراب الانتباه هذا إلى جانب الاضطراب السلوكي حيث يتسم الاضطراب السلوكي كما سنرى في الفصل الخامس بكل من السلوك العدواني والفوضوي.

الجنود الذين أصيبوا في الدماغ أثناء الحرب العالمية الأولى كما وصفهم جولدشتين Goldstein:

تناول كيرت جولدشتين Kurt Goldstein الآثار النفسية لإصابات المخ لدى أولئك الجنود الذين عانوا من إصابات في الدماغ أثناء الحرب العالمية الأولى حيث لاحظ عليهم بعض الخصائص النفسية منها السلوك غير المنظم، والنشاط الزائد، الإصرار، والاستجابة القسرية للمثيرات. وتعد الإصرار بمثابة اتجاه من جانب الفرد نحو تكرار نفس السلوكيات للعديد من المرات، ويرى بعض الأطباء أنها من السمات المميزة حالياً للأطفال الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد. ووجد جولدشتين Goldstein أن استجابة الجنود القسرية للمثيرات كانت تتضح في عجزهم عن التركيز على الشكل من غير أن تؤدي الخلفية إلى تشتتهم. فبدلاً من أن يركزوا مثلاً على تلك المهمة التي تعرض عليهم أي الشكل فإنهم يتشتتون بسهولة من جراء تلك الأشياء التي توجد عند الحد الخارجي أي الخلفية.

شكل (4.1)



1008 THE LANCET,] DR. G. F. STILL: ABNORMAL PSY

The Goulstonian Lectures

ON

SOME ABNORMAL PSYCHICAL CONDITIONS IN CHILDREN.

Delivered before the Royal College of Physicians of London on March 4th, 6th, and 11th, 1902,

BY GEORGE F. STILL, M.A., M.D. CANTAB., F.R.C.P. LOND.,

ASSISTANT PHYSICIAN FOR DISEASES OF CHILDREN, KING'S COLLEGE HOSPITAL; ASSISTANT PHYSICIAN TO THE HOSPITAL FOR SICK CHILDREN, GREAT ORMOND-STREET.

LECTURE I.

Delivered on March 4th,

MR. PRESIDENT AND GENTLEMEN,—The particular psychical conditions with which I propose to deal in these lectures are those which are concerned with an abnormal defect of moral control in children. Interesting as these disorders may be as an abstruse problem for the professed psychologist to puzzle over, they have a very real practical —shall I say social?—importance which I venture to think has been hardly sufficiently recognised. For some years past I have been collecting observations with a view to investigating the occurrence of defective moral control as a morbid condition in children, a subject which I cannot but think calls urgently for scientific investigation. It has long

متلازمة أعراض ستراوس Strauss:

مما لا شك فيه أن أعمال جولدشتين Goldstein قد وضعت الأساس لتلك البحوث التي أجراها هاينز ويرنير وألفريد ستراوس Heinz Werner & Alfred Strauss في الثلاثينيات والأربعينيات من القرن الماضي بعد هجرتهما من ألمانيا إلى الولايات المتحدة الأمريكية بعد أن آلت السلطة إلى هتلر Hitler في ألمانيا، وكونا معاً فريقاً بحثياً في محاولة للتأكد من تلك النتائج التي توصل إليها جولدشتين Goldstein. وقد لاحظا وجود بعض السلوكيات كالتشتت، والنشاط الزائد لدى بعض الأطفال المعاقين عقلياً.

وفضلاً عن الملاحظات الإكلينيكية استخدم ويرنير وستراوس Werner & Strauss أيضاً مهمة تجريبية تتكون من شرائح للشكل والخلفية يتم تقديمها في وقت وجيز جداً. وكانت هذه الشرائح تصور أشكالاً (كالقبعة مثلاً) يتم تضمنها في خلفية (كالخطوط المموجة مثلاً)، وعند تقديمها للأطفال وجدا أنه كان من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأولئك الأطفال الذين يعانون من تلف بالمخ قياساً بأقرانهم ممن لا يعانون من أي تلف بالمخ عند سؤالهم عما يرونه أن يجيبوا بأنهم يرون الخلفية أي الخطوط المموجة، وليس الشكل أي القبعة Strauss&Werner,1942;Werner & (Strauss,1939,1941) وبعد هذه الدراسات كان المختصون يشيرون إلى هؤلاء الأطفال الذين يبمن غير النشاط الزائد والتشتت على أنهم يعانون من متلازمة أعراض ستراوس.

جهود كرويكشانك Cruickshank:

قام وليام كرويكشانك William Cruickshank باستخدام مهمة الشكل والخلفية التي قدمها ويرنير وستراوس Werner & Strauss ووجد أنه كان أيضاً من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأولئك الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي CP أن يستجيبوا للخلفية وليس للشكل (Cruickshank, Bice, &Wallen, 1957). وفي واقع الأمر كانت هناك طريقتان هامتان عملت هذه الأبحاث من خلالهما على مد نطاق أعمال ويرنير وستراوس Werner & Strauss هما:

1. أن ويرنير وستراوس Werner & Strauss قد أجريا أبحاثهما على أطفال معاقين عقلياً بينما قام كرويكشانك Cruickshank بإجراء دراساته على أطفال يعانون من الشلل الدماغي الذي يعد بمثابة حالة يسهل تشخيصها، وتتسم بوجود تلف بالمخ يؤدي إلى إعاقة في الحركة كما سنوضح في الفصل الحادي عشر.
2. أن أولئك الأطفال الذي أجرى كرويكشانك Cruickshank دراساته عليهم كانوا جميعاً ذوي مستوى ذكاء عادي وهو الأمر الذي يدل على أن الأطفال ممن لا يعانون من الإعاقة العقلية يبمن غير التشتت والنشاط الزائد.

ومن الناحية التاريخية نلاحظ أن كرويكشانك Cruickshank يعد على درجة كبيرة من الأهمية في هذا الإطار نظراً لأنه يُعد أحد الرواد الأوائل الذين عملوا على تأسيس وتصميم برنامج تربوي لأولئك الأطفال الذين تنطبق عليهم اليوم تلك المحكات الخاصة باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد. وقد كان يشار إلى هؤلاء الأفراد آنذاك على أنهم يعانون من إصابة دماغية بسيطة.

الإصابة الدماغية البسيطة ومتلازمة أعراض الطفل ذي النشاط الحركي الزائد:

وفي الوقت نفسه تقريباً الذي قام فيه كرويكشانك Cruickshank بالتوسع على تلك الأعمال التي قدمها ويرنير وستراوس Werner & Strauss من قبل وذلك على الأطفال الذين يتمتعون بمستوى عادي من الذكاء بدلاً من الاكتفاء بإجراء تلك الأعمال على الأطفال المعاقين عقلياً كانت هناك نتائج أخرى لدراسة كلاسيكية نشرت آنذاك (Pasamanic,Lilienfeld,&Rogers,1956)، وكانت تدور تلك

الدراسة حول الآثار البعدية للتعقيدات التي تحدث أثناء الولادة وهو ما يمثل إحياء لتلك الفكرة التي تناولها ستيل Still من قبل التي تؤكد على أن باثولوجيا المخ يمكن أن تؤدي إلى حدوث مشكلات السلوك كالنشاط الزائد والتشتت. ومن ثم بدأ المختصون منذ ذلك الوقت في تطبيق مصطلح الإصابة الدماغية البسيطة Minimal brain injury على أولئك الأطفال الذين كانوا يتمتعون بمستوى ذكاء عادي ولكنهم كانوا مضطربي الانتباه، واندفاعيين، وكان بعضهم زائد النشاط. وعلى الرغم من شيوع ذلك المصطلح في الخمسينيات والستينيات من القرن الماضي فإن المختصين قد أشاروا بعد ذلك إلى صعوبة التأكد من حدوث تلف حقيقي في أنسجة المخ (Birch, 1964).

وعلى هذا الأساس فقد تم استبدال مصطلح الإصابة الدماغية البسيطة في الستينيات من القرن الماضي بمصطلح آخر هو متلازمة أعراض الطفل زائد النشاط Hyperactive child syndrome كما يرى باركلي Barkley (2006). وقد فضل الكثيرون استخدام مثل هذا مصطلح نظراً لأنه يقوم على وصف ذلك السلوك الذي يأتي الطفل به، ولا يعتمد في ذات الوقت على تشخيصات غامضة وغير حقيقية لتلف غير محدد بالمخ. وعلى ذلك فقد ازداد هذا المصطلح شيوعاً خلال عقدي السبعينيات والثمانينيات من القرن الماضي، ولكنه رغم ذلك قد فقد كثيراً من هذا الشيوع والاهتمام الذي لقيه أو حظي به وذلك عندما أظهرت نتائج تلك البحوث التي تم إجراؤها في هذا المجال أن قصور الانتباه Inattention وليس النشاط الزائد يعد هو المشكلة السلوكية الأساسية التي يخبرها أولئك الأطفال حيث أظهر الكثيرون منهم مشكلات في الانتباه من غير أن يبدوا أي فرط في النشاط.

ويعكس التعريف الحالي لاضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وما سبقه من تعريفات أخرى أن إدراك قصور الانتباه يُعد أكثر أهمية من إدراك النشاط الزائد، ومع ذلك فإن بعض المختصين يرى أننا يجب أن نقوم باستخدام مصطلح "أوجه قصور في الضبط السلوكي" وذلك بدلاً من مصطلح "قصور الانتباه" حيث يرون أن أوجه القصور تلك تعد هي الأساس في اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد. وعلى أي حال فإن هناك العديد من المختصين لا ينظرون مطلقاً إلى النشاط الزائد على أنه يمثل أوجه القصور الرئيسة في هذا الاضطراب.

تعريف الاضطراب:

يعتمد معظم المختصين على ما قدمته الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA في هذا الخصوص وذلك في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM الذي تقوم بإصداره إذ أن المحكات التي يعرضها هذا الدليل تحدد ما إذا كان الفرد يعاني من هذا الاضطراب أم لا. (American Psychiatric Association ,2010)

وقد كان هناك جدل على مدى العديد من السنوات بين الباحثين والممارسين حول هذا الاضطراب، وهل هو عبارة عن متلازمة مرضية واحدة أم أنه يضم أنماطاً فرعية أخرى. ونتيجة لذلك فقد تغير ذلك الاسم الذي كان يطلق على مثل هذه الحالة أو هذا الاضطراب من مرة إلى أخرى، فقد أطلقت عليه الجمعية الأمريكية للطب النفسي على سبيل المثال وذلك لسنوات طويلة

اضطراب عجز أو قصور الانتباه Attention deficit disorder ADD وذلك للإشارة إلى كل من يعاني من هذا الاضطراب، ثم رأت بعد ذلك أن هناك أنماطاً فرعية للاضطراب حيث قد يصاحبه نشاط زائد في بعض الحالات بينما لا يصاحبه ذلك في حالات أخرى، ومن ثم فإن ذلك ما هو إلا أنماط فرعية للاضطراب. ووفقاً لما تؤكده الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA (2000) فإن النسخة الحالية أي الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV تشير إلى اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على أنه يعد بمثابة مصطلح عام يضم عدداً من الأنماط الفرعية، وبالتالي ينقسم أولئك الأفراد الذين يعانون منه إلى مجموعات فرعية وفقاً لذلك. وهذه الأنماط الفرعية للاضطراب هي:

1. نمط قصور الانتباه.
2. نمط النشاط الزائد والاندفاعية.
3. النمط المختلط، أي الذي يضم النمطين معاً بحيث يعاني الفرد من كل من قصور الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية في ذات الوقت.

نسبة الانتشار

من الملاحظ أن اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد قد انتشر على نطاق واسع نظراً لأن أحد الأسباب المسؤولة عن ذلك ما لم يكن أكثرها أهمية على الإطلاق كان يتمثل في ذلك السبب الذي يتم من أجله إحالة الأطفال إلى العيادات الإرشادية Guidance Clinics بسبب ما يصدر عنهم من مشكلات سلوكية. (Braakley,2006 d)

وأن الأطفال الذين كانت تتم إحالتهم إلى مثل هذه العيادات بسبب اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد قد تراوح كما يرى ريتشاردز وآخرون Richards et.al. (1995) بين ثلث إلى نصف إجمالي عدد تلك الحالات المحالة جميعاً. ووفقاً لما يراه معظم المختصين وما تكشف عنه إحصاءات المعهد القومي للصحة National Institute of Health (1998) فإن هناك نسبة تتراوح بين 3-5% تقريباً من الأطفال في سن المدرسة يعانون من هذا الاضطراب. ومع ذلك فنظراً لأنه لم يتم النظر إلى هذا الاضطراب من جانب وزارة التربية الأمريكية على أنه يمثل فئة مستقلة من فئات التربية الخاصة، بل إن الواقع يشهد أنه يتم النظر إليه على أنه يتبع فئة أخرى كما أشرنا من قبل فإنه يصبح من الصعب علينا أن نحدد ذلك العدد من الأطفال الذين يعانون منه كاضطراب مستقل، ويتم تقديم الخدمات المختلفة لهم في إطار التربية الخاصة على أثر ذلك. ولكننا مع هذا يمكننا أن نقدم في ذات الوقت بعض النسب لأولئك الأطفال الذين يعانون منه ويتلقون خدمات التربية الخاصة في إطار فئة الإعاقات الصحية الأخرى التي يندرج تحتها هذا الاضطراب.

وجدير بالذكر أن هذا الاضطراب ينتشر بين البنين أكثر من البنات، وأن المعدلات المحسوبة لذلك تتراوح بين 5.1:1 - 2.5:1 بوجه عام. (Bauermeister,Canino,Polanczyk,& Rohde ,2010)

وقد أدى ذلك بالبعض إلى أن يدعي أن هناك إفراطاً في تحديد الأولاد وتشخيصهم كذلك في الوقت الذي ينخفض فيه حدوث هذا التحديد أو التشخيص بالنسبة للبنات. كما أنهم يرون أن البنين يميلون إلى إظهار قدر أكبر من السلوك العدواني قياساً بالبنات وهو الأمر الذي يجعلهم موضع ملاحظة من قبل الآخرين، ومن ثم فإن هناك بعض التحيز في موضوع إحالة الأطفال من كلا الجنسين للعيادات لهذا الخصوص وهو الأمر الذي تؤكده بعض الأدلة البحثية الجيدة حيث ترى أنه لا توجد هناك أسس أو أسباب كافية تفسر ذلك التفاوت الكبير في معدلات الانتشار بين البنين والبنات، ولكن من الأكثر احتمالاً أن ترجع مثل هذه الفروق بين الجنسين إلى الفروق البيولوجية أو التكوينية بينهما. (Bauermeister, Canino, Polanczyk, & Rohadem 2010)

ومن جانب آخر يرى بعض النقاد أن هذا الاضطراب يعد في أساسه ظاهرة أمريكية إذ أنه يعد نتيجة لتأكيد المجتمع الأمريكي على الإنجاز والامتثال، وإن كانت الإحصاءات المختلفة لا تقر ذلك. (Deramirez & Shapiro, 2005) وعلى الرغم من صعوبة مقارنة معدلات الانتشار على نحو غير ثقافي نظراً لاختلاف المحكات التشخيصية المستخدمة، والأساليب المختلفة المتبعة في اختيار العينات، والتوقعات الثقافية المتباينة فإن الأدلة المتاحة توضح بقوة أن هناك معدلات انتشار في العديد من الأقطار المختلفة لا تقل في نسب ارتفاعها عن تلك النسب التي تشهدها الولايات المتحدة الأمريكية حيث وجد رود وآخرون (1999) Rohde et.al. أن معدل انتشار هذا الاضطراب في البرازيل يصل إلى 6% تقريباً، ووجد تشاتماري (1992) Szatmari أنه يصل 9% بين البنين، بينما يصل 3.3٪ بين البنات في كندا، ويرى ليونج وآخرون (1996) Leung et.al. أنه يتراوح بين 6-9% في الصين، بينما يرى باينيدا وآخرون (1999) Pineda et.al. أن معدل هذا الانتشار بين البنين في كولومبيا يبلغ 19.8٪ أما بين البنات فيصل 12.3٪ ويؤكد بومجارتيل وآخرون Baumgaertel et.al. (1995) وإيسر وآخرون (1990) Esser et.al. أن نسبة انتشاره في ألمانيا تتراوح بين 4٪-10، أما كانباياشي وآخرون (1994) Kanbayashi et.al. فيرون أن هذه النسبة تصل إلى 8% في اليابان، بينما يشير فيرهولست وآخرون (1997) Verhulst et.al. إلى أنها تتراوح بين 1-2% في هولندا، أما في نيوزيلاندا من جانب آخر فيشير سكوفينسي وآخرون (1994) Schaughency et.al. وفيرجسون وآخرون (1993) Fergusson et.al. أنها تتراوح بين 2-6% تقريباً.

الأسباب المؤدية للاضطراب:

كما لاحظنا سلفاً قام المختصون في بداية ومنتصف القرن العشرين بعزو مشكلات الانتباه والنشاط الزائد إلى تلك المشكلات النيورولوجية أو العصبية التي تنجم عن حدوث تلف بالمخ.وعندما لم يستطع الباحثون إثبات حدوث تلف فعلي في أنسجة المخ في حالات الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ثار معظم الباحثين على فكرة أن ذلك الاضطراب له أساس نيورولوجي. -Pin el,2006))ومع ذلك فكما اتضح من مناقشتنا لصعوبات التعلم في الفصل الثالث فإن ابتكار أساليب التصوير العصبي أي التصوير بالأشعة كأشعة الرنين المغناطيسي MRI وأشعة البوزيترون PET

وأشعة الرنين المغناطيس الوظيفي FMRI في الثمانينيات والتسعينيات من القرن الماضي قد سمح للعلماء لأول مرة بالحصول على مقاييس تفصيلية وثابتة للأداء الوظيفي للمخ. وباستخدام مثل هذه الفنيات قطع الباحثون خطى كبيرة في التحقق من الأساس النيوروولوجي أو العصبي لهذا الاضطراب. وكما هو الحال بالنسبة لصعوبات التعلم فقد أسفرت نتائج البحوث التي أجريت في هذا الصدد عن أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهذا الاضطراب أن ينجم عن حدوث اختلال في الأداء الوظيفي النيوروولوجي وليس عن حدوث تلف حقيقي بالمخ. كذلك فكما هو الحال بالنسبة لصعوبات التعلم كشفت نتائج البحوث عن أن الوراثة تلعب دوراً قوياً للغاية في حدوث اختلال الأداء الوظيفي النيوروولوجي. وفضلاً عن ذلك فإن كلاً من العوامل التي تؤدي إلى حدوث تشوهات في التركيب العضوي Teratogenic factors والعوامل الصحية تلعب دوراً هاماً هي الأخرى في هذا المضمار وإن كان هذا الدور يقل عن ذلك الدور الذي تلعبه الوراثة.

وقد وجد الباحثون على وجه الخصوص أن حجم كل منطقة من هذه المناطق لدى الأطفال والمراهقين الذين يعانون من هذا الاضطراب قياساً بأقرانهم الذين لا يعانون منه يكون أصغر مما لدى هؤلاء الأقران. وعلى الرغم من أن مثل هذه النتائج قد لا تكون ثابتة على الدوام فإن العديد من الدراسات كما يرى كاستيلانوس Castellanos (1997) قد أشارت إلى وجود شذوذ يحدث في الجانب الأيمن من المخ وخاصة في الكتل العصبية القاعدية اليمنى. وفضلاً عن ذلك فإن أشعة البوزيترون توضح كما يرى لاو وآخرون Lou et.al. (1984, 1989) وجود مستوى أقل من النشاط الأيضي أي الخاص بالتمثيل الغذائي في الفصوص الأمامية والكتل العصبية القاعدية لدى أولئك الأشخاص الذي يعانون من هذا الاضطراب.

المناطق الدماغية التي تتأثر باضطراب ADHD:

الفصوص الأمامية، والكتل العصبية القاعدية، والمخيخ

تمكنت فرق عديدة من الباحثين مثل تيكر وآخرون (2000) Teicher et.al. وبركوين وآخرون Berquin et.al. (1998) وفيليبيك وآخرون (1997) Filipek et.al. وآيلوارد وآخرون Aylward et.al. (1996) وكاستيلانوس وآخرون (1996) Castellanos et.al. وهايند وآخرون (1993)Hynd et.al. باستخدام فنيات التصوير النيورولوجي (الأشعة) من التوصل إلى وجود شذوذ في مناطق ثلاث بالمخ وذلك لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد هي:

1. الفصوص الأمامية Frontal lobes.
2. الكتل العصبية القاعدية Basal ganglia وخاصة كل من:
   - القاعدة المذنبة Caudate
   - البروز الكروي اللحائي Globus pallidus.
3. المخيخ Cerebellum.

وسوف نتناول ذلك بالتوضيح كما يلي:

- **الفصوص الأمامية:** Frontal lobes تقع في مقدمة المخ، وتعد الفصوص الأمامية وخاصة الجزء الأمامي منها والذي يعرف بالفصوص الواقعة في مقدم التكوين الجبهي Prefrontal lobes مسؤولة عما نشير إليه على أنه وظائف تنفيذية. وتتضمن الوظائف التنفيذية العديد من الأشياء من أهمها قدرة الفرد على تنظيم سلوكه، وهو ما سوف نناقشه بالتفصيل فيما بعد.

- **الكتل العصبية القاعدية:** Basal ganglia وتقع على عمق كبير في المخ، وتتألف من العديد من الأجزاء من أهمها القاعدة المذنبة Caudate والبروز الكروي اللحائي Globus pallidus ويمثل كلاهما كما يرى بينيل (2000) Pinel أبنية شاذة لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب. وتعد الكتل العصبية القاعدية هي المسؤولة عن التآزر وضبط السلوك الحركي.(Pinel, 2006)

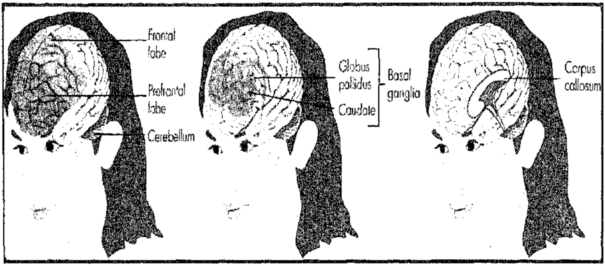
- **المخيخ:** Cerebellum يُعد المخيخ كذلك مسؤولاً عن التآزر وضبط السلوك الحركي، ورغم أنه يعد صغيراً نسبياً ولا يؤلف سوى حوالي 10% فقط من كتلة المخ فإنه يضم أكثر من نصف عدد النيورونات Neurons الموجودة بالمخ وهو الأمر الذي يعد شاهداً على تعقد تكوينه. (Pinel, 2006)

النافلات أو الموصلات العصبية Neurotransmitters:

- الدوبامين Dopamine

تم إجراء العديد من الدراسات بغرض التعرف على ذلك الشذوذ الذي يصيب الموصلات العصبية والذي يكون من شأنه أن يؤدي إلى حدوث اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد. وفي

شكل (4.1)



الواقع تعد الموصلات العصبية بمثابة مواد كيميائية تساعد في إرسال الرسائل المختلفة بين النيورونات في المخ. وقد توصل أحد فرق الباحثين يتألف من جاينيدينوف وآخرين Gainetdinov et.al. (1999) إلى أن السيروتونين Serotonin هو الموصل العصبي الأساسي الذي يُعد مسؤولاً عن حدوث ذلك الاضطراب، في حين يرى آخرون من بينهم كاستيلانوس (1997) Castellnos وإيرنست وآخرون (1998 ,1999) Ernst et.al. وساجفولدين وسيرجنت Sagvolden & Sergeant أو الدوبامين Dopamine هو الموصل العصبي الأساسي المسؤول عن ذلك. وتشير الأدلة المختلفة إلى أن مستويات الدوبامين تكون منخفضة جداً في الجزء الأمامي من قشرة المخ Frontal cortex وهو الأمر الذي يؤثر سلباً في الأداء الوظيفي التنفيذي أو الوظائف التنفيذية عامة. كما تكون مستوياته مرتفعة في ذات الوقت في الكتل العصبية القاعدية Basal ganglia مما يؤدي إلى حدوث النشاط الزائد والاندفاعية. ومع ذلك فلا يزال الأمر يحتاج إلى إجراء المزيد من الدراسات لتحديد أي هذين الموصلين العصبيين يكون غير عادي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.

العوامل الوراثية

يرى غالبية المختصين أن هناك أساساً وراثياً لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد، وقد استقوا رأيهم هذا من ثلاثة مصادر أساسية هي:

1. الدراسات الأسرية.
2. دراسات التوائم.
3. دراسة مكونات جزيئات التكوين الجيني (الخريطة الجينية).

(Floet,scheiner,&Grossman,2010,-Owen&He,2006)

وسوف نتناول ذلك بالتوضيح كما يأتي:

- **الدراسات الأسرية:** Family Studies أوضحت نتائج تلك الدراسات التي أجريت في هذا المجال كما يشير باركلي (1998) Barkley أنه إذا ما أصيب الطفل باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط

الحركي الزائد فإن احتمال إصابة أخيه أو أخته بنفس الاضطراب تصل إلى حوالي 32٪ تقريباً. أما الأطفال الذين يصاب أخوتهم المراهقون بذلك الاضطراب فيصل احتمال إصابتهم هم أنفسهم به كما يرى بيدرمان وآخرون (1995) Biederman et.al. إلى حوالي 57٪ تقريباً. وفضلاً عن ذلك فإن هناك العديد من الدراسات التي أوضحت أن آباء الأطفال ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد يزداد احتمال إصابتهم هم أنفسهم بذلك الاضطراب كما يرى فاراوان ودوبيل Fa-raone & Doyle (2001) وذلك بنسب تتراوح بين عجزين إلى ثمانية أضعاف احتمال إصابة آباء الأطفال غير المصابين بهذا الاضطراب. (Faraone&Doyle,2001)

- **دراسات التوائم:** Twin studies هناك العديد من الدراسات التي قامت بمقارنة نسب انتشار اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد بين التوائم المتشابهة في مقابل نسب انتشاره بين التوائم غير المتشابهة عندما يكون أحد التوأمين مصاباً بهذا الاضطراب. وقد أوضحت تلك الدراسات كما يشير كل من شيرمان وآخرين (1997) Sherman et.al. وستيفنسون Stevenson (1992) وجيليز وآخرين (1992).Gillis et.al أنه إذا ما كان أحد التوأمين سواء المتشابهين أو غير المتشابهين يعاني من ذلك الاضطراب يصبح من الأكثر احتمالاً بالنسبة للتوأم الآخر المتشابه قياساً بالتوأم غير المتشابه أن يصاب بالاضطراب..(Levy & Hay,2001,Nikolas &Burt ,2010)

- **الدراسات التي تهتم بجزيئات التكوين الجيني:** Molecular genetic studies يرى فاراوان ودوبيل (2001) Faraone & Doyle أنه قد ظهرت تطورات كبيرة في دراسة الجزيئات التي تتعلق بالتكوين الجيني كالحامض النووي المتعلق بالمعلومات الوراثية DNA والأحماض النووية التي تمثل مادة تخليق البروتينات المتضمنة RNA وذلك مع ظهور الخريطة الجينية للإنسان Mapping of hu-man genetics في عام 2000. ومن المعروف أن مثل هذه الجزيئات تعمل على تنظيم المعلومات الجينية، إلا أن مثل هذه الدراسات لا تزال في مراحلها الأولى بالنسبة لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد، وإن كانت هناك دراسات عدة قد كشفت عن وجود جينات عديدة تعد مسؤولة عن حدوث هذا الاضطراب.

المواد السامة والعوامل الطبية:

تناولنا في مواضع سابقة المواد السامة التي يمكن أن تسبب تشوهات التكوين بالنسبة للجنين والتي يمكن أن تؤدي بدورها إلى حدوث التخلف العقلي أو صعوبات التعلم. وبالرغم من أن مثل هذه الأدلة ليست قوية أو أنها لا تعد بنفس قوة تلك الأدلة التي تتعلق بأثر البيئة في هذا الإطار وتعكسه فإنها تدل على أن بعض هذه المواد لها دلالتها بالنسبة لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد حيث نجد على سبيل المثال أن التعرض للرصاص وإساءة استخدام الكحوليات أو التبغ من جانب الأم الحامل يعرض الجنين لمخاطر كبيرة إذ يجعله عرضة لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.

ومن ناحية أخرى يشير ليفي وآخرون (1998) .Levy et.al وميلبرجر وآخرون .Milberger et.al (1997) إلى أن هناك بعض الحالات الطبية الأخرى التي يكون من شأنها أن تجعل الأطفال عرضة لهذا الاضطراب، ومع ذلك فإن الأدلة المتاحة ليست بنفس قوة تلك الأدلة التي تتعلق بالبيئة وأثرها في هذا الصدد. إلا أنه من الملاحظ أن التعقيدات التي يمكن أن تحدث أثناء الولادة، وانخفاض وزن الجنين عند الولادة ترتبط في الواقع بذلك الاضطراب. (Neumn et al, 2010)

Focus on concepts [illegible]

[illegible] حول أسباب [illegible]

على مدى الأعوام، ظهر عدد من الأفكار الخاطئة حول أسباب سلوك النشاط الزائد أو ما يسمى ADHD "عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد" معظم هذه الأفكار لديها دعم (تأييد) علمي مهم قليل – إن وُجد.

مثال جيد هو السكر. الآباء والمعلمون طالما اشتكوا بأن الأطفال الصغار يصبحون أكثر نشاط عندما يهضمون السكر على شكل مشروبات باردة، والكيك والحلويات. مع ذلك، فالأبحاث المهتّمة بيّنت بأن الأمر ليس كذلك (Wolraich, Wilson & White 1995) الفكرة الخاطئة بأن السكر يسبب فرط نشاط ربما نبعث من ملاحظة أن الأطفال لديهم نشاط زائد في مواقف تمّ تقديم الحلويات فيها. أن هذه المواقف مثل الحفلات من المرجح أن تؤدي إلى سلوكات فيها نشاط زائد وهذا مثير ومحفّز نسبياً وغير بنيوي Unstructured.

مثال آخر هو التلفزيون وألعاب الفيديو. كثير من الناس من الجمهور العام يعتقمن غير بأن مشاهدة التلفزيون كثيراً أو اللعب بكثرة بألعاب الفيديو يصبح الأطفال يعانون من عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد. وجدت إحدى الدراسات بالفعل بأن الأطفال الذين يشاهمن غير التلفزيون كثيراً قبل الالتحاق بالمدرسة يصنّفون على أنهم عديمي الانتباه على نحو أكبر في عمر السابعة (Christakis, Zimmerman, Digiuseppe & McCarty, 2004).

ومع ذلك فهذا ليس دليلاً على أن مشاهدة التلفزيون يسبب عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد أو حتى يسبب معدلات أعلى من عدم الانتباه. إن مشكلات الانتباه بحدّ ذاتها قد تسبب رغبة الأطفال بمشاهدة التلفزيون بصورة أكبر. أو أن الآباء قد يجمن غير بأن إحدى طرق ضبط سلوك فرط النشاط للطفل، أو على الأقل لفترة زمنية قصيرة هو أن نضعهم أمام التلفزيون. وقد يساهم الآباء الذين يسمحون لأطفالهم بمشاهدة التلفزيون كثيراً بطرق أخرى في سلوك أطفالهم بعدم الانتباه. ربما يقومون بإشرافٍ أقل على نحو عام.

هناك عوامل بيئية أخرى يعتقد البعض بانها تسبّب عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد مثل الصبغات الغذائية الصناعية والإضافات. إن المؤيد الرئيس لهذه النظرية هو بنيامين فينغولد Ben-jamin Feingold وهو اختصاصي بطب الأطفال (Feingold, 1975) وقد اقترح وجبة غذائية مشدّدة خالية من هذه الإضافات. بالرغم من أن الأبحاث المهمة بيّنت بأن هذا الطعام ليس مفيداً لجميع الأطفال من ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد (Kavale & Forness 1983) إلاّ أن دراسة

بحثية حديثة تقدم بعض البيانات المثيرة التي تقول بأنه عندما يكون الأطفال الصغار يتناولون طعاماً يحتوي على ملوّنات وإضافات، فإن ذويهم يصنفونهم بأنهم عديمي الانتباه على نحو كبير ولديهم فرط نشاط أكثر من الوقت الذي يكونون فيه يتناولون طعاماً خالياً من الألوان والإضافات (2004 وآخرون Bateman,) أن قوة هذه الدراسة الخاصة هي أن الوالدين كانوا غير مدركين "Blind" بخصوص إذا احتوى طعام أطفالهم أو كان يخلوا من الألوان والإضافات. ومع ذلك، فالتوضيح المهم هو أن سلوك الأطفال لم يختلف مع الطعام أو بمن غيره وفقاً لمقاييس أكثرموضوعية قابلة للنقاش لعدم الانتباه أو النشاط الزائد الذي قام بتطبيقه الباحثون في العيادة.

وتوضيح آخر هو أن هذه الدراسة (بيتمان وآخرون Bateman, 2004) تظل عاجزة عن إظهار صلة سببية بين الطعام والتشخيص التقليدي لعجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد. هناك مبرّر لدراسات أخرى بالتأكيد لتحديد ما إذا كانت مجموعة صغيرة من الأطفال ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد، مهما كانت صغيرة، يمكن أن تستفيد من طعام يحدّد بعض المواد المضاعفة للطعام والملونات.

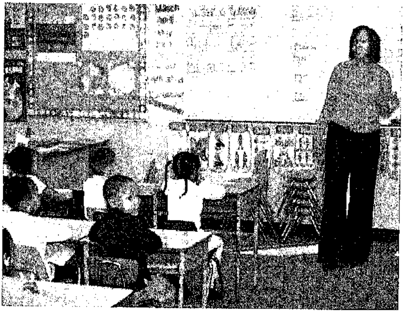
في تلك الأثناء، لا يوجد دليل يدعم على نحو تلقائي وضع جميع الأطفال الذين عندهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد وشمولهم في الوجبات المقيّدة.

الخصائص السلوكية والنفسية للأطفال المضطربين بـ ADHD:

يمكن أن نستخدم الدليل التصنيفي الرابع في سبيل تحديد بعض السلوكيات التي يمكن أن تصدر عن أولئك الأطفال الذين يعانون من ذلك الاضطراب (Danckaerts et al ,2010). وعلى الرغم من أن الكثيرين يعتقمن غير أن قصور الانتباه يعد سمة رئيسة مميزة لهؤلاء الأطفال فإن هناك اتفاقاً متزايداً على أن قصور الانتباه إضافة إلى النشاط الزائد والاندفاعية إنما تنجم في واقع الأمر عن مشكلات في الضبط السلوكي.

- نموذج باركلي Barkley لاضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد:

يشير ويلكوت وآخرون (2001) Willcutt et.al, وسكاكار وآخرون Schachar et.al.(2000) وسيمرود - كليكيمان وآخرون (2000) Semrud-Clickeman et.al. وباركلي Barkley (1997,1998) إلى أن هناك زخماً من الأبحاث التي تشير إلى وجود مشكلات في الكف السلوكي لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب. وكما لاحظنا من قبل فإن روسيل باركلي ,Russell Barkley (1998 1997) قد اقترح نموذجاً لهذا الاضطراب يرى من خلاله أن الضبط السلوكي هو المفتاح الرئيس فيه. ويقترح هذا النموذج في أبسط صوره أن تلك المشكلات التي تتعلق بالضبط السلوكي ترسي الأساس للمشكلات التي تحدث في الوظائف التنفيذية والتي يكون من شأنها أن تؤثر سلباً في قدرة الفرد على الانغماس في سلوك يتم توجيهه نحو تحقيق هدف معين. ويشير الضبط السلوكي كما يرى روبيا وآخرون (1998) Rubia et.al. إلى قدرة الفرد على كبح استجابة ما، ثم التخطيط لها أو الإمساك عنها، أو الكف عن استجابة تكون قد بدأت بالفعل، أو إبعاد الأنشطة الأخرى عن ذلك السلوك الذي يحدث حتى لا تقاطعه، أو القدرة على تأخير أو تأجيل حدوث استجابة معينة. ويشير تريب وأولسوب



إلى أن Tripp & Alsop (2001) ذلك يمكن أن ينعكس بطبيعة الحال على قدرة الفرد على أن ينتظر حتى يأتي دوره، وألا يقوم بمقاطعة تلك المحادثات التي تدور، وأن يقاوم التشتت المحتمل أثناء أداء العمل المطلوب، أو الإشباع الفوري في سبيل تحقيق مكافآت أفضل وأكثر وأكبر على المدى البعيد. وإلى جانب ذلك يرى سيمرود - كليكيمان وآخرون Semrud - Clickeman et.al. (2000) هناك أدلة على أن تلك المشكلات التي ترتبط بالكف السلوكي لدى أولئك الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ترتبط بوجود شذوذ في القاعدة المذنبة Caudate بالمخ.

وجدير بالذكر أن ذلك التأجيل الذي يسمح به الضبط السلوكي للاستجابات المختلفة من جانب الفرد يؤدي به إلى أن يقوم بالتنظيم الذاتي لسلوكه وهو الأمر الذي يعرف بالوظائف التنفيذية Executive functions أي القدرة على الاشتراك في مجموعة من السلوكيات الموجهة ذاتياً. وتتفق الأدلة المتاحة والتي كشفت عنها الدراسات المختلفة التي تم إجراؤها في هذا الخصوص والتي ترى أنه يمكن ضبط تلك الوظائف التنفيذية عن طريق الفصوص الأمامية بالمخ والفصوص المخية الواقعة في مقدم التكوين الجبهي مع نتائج تلك الدراسات التي تعتمد في هذا الصدد على صور الأشعة النيورولوجية والتي ترى أن تلك المناطق من المخ تعد شاذة أو غير طبيعية لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.

ووفقاً لنموذج باركلي Barkley فإن أولئك الأفراد يظهرون مشكلات تتعلق بالوظيفة التنفيذية وذلك بأربع طرق أو أساليب عامة هي:

1. أنهم عادة ما يعانون كما يشير باركلي ومورفي Barkley & Murphy (1998) من عدة مشكلات في الذاكرة العاملة والتي تشير إلى قدرة الفرد على الاحتفاظ بالمعلومات في ذهنه بحيث يمكن أن توجه سلوكه إما في الوقت الراهن أو في المستقبل القريب. ويمكن أن يؤدي القصور في الذاكرة العاملة لديهم إلى النسيان، والإدراك المؤخر أي إدراك الشيء بعد وقوعه، والتروي، Forethought ومشكلات في إدارة الوقت.

2. أن الأفـراد الذين يعـانون من هذا الاضطراب عـادة مـا يتـعطل لديهم الحـديث الـداخلي Inner speech والذي يعد بمثابة ذلك الصوت الداخلي الذي يسمح لهم بالتحدث إلى أنفسهم عن تلك الحلول المتعددة لمشكلة معينة أثناء قيامهم بحل إحدى المشكلات. ومما لا شك فيه أن أولئك الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب والذين يعانون كذلك من قصور في حديثهم الداخلي تواجههم مشكلات في توجيه سلوكهم في تلك المواقف التي تتطلب منهم القدرة على اتباع القواعد أو التعليمات.

3. أن هؤلاء الأطفـال والمراهقين يواجهـون مـشكلات في ضـبط انفـعـالاتهم ومـسـتـويات الإثارة بالنسبة لهم حيث غالباً ما يتسمون بفرط النشاط فيما يتعلق بخبراتهم السلبية أو الإيجابية. وفي هذا الإطار فإننا قد نجدهم على سبيل المثال يصرخون عالياً لسماع خبر سار ولا يتمكنون بالتالي من السيطرة على انفعالاتهم. وبنفس الطريقة فإنهم غالباً ما يسارعون في إظهار الغضب عندما تواجههم بعض الخبرات المحبطة.

4. أنهم عادة ما يجمن غير صعوبة في تحليل المشكلات التي تواجهـهم، وفي توصيل الحلول المختلفة للآخرين. كما أنهم يكونوا أقل مرونة عندما تواجههم مواقف مشكلة، وغالباً ما تتسم استجاباتهم المختلفة بالتهور والاندفاعية، وتتمثل بالآتي في أول ما يخطر ببالهم بخصوص هذا الشيء أو ذاك.

التدريس الفعّال RESPONSIVE INSTRUCTION

تلبية حاجات الطلاب الذين يعانون من عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد.

تبديل المهمّة: إعداد الطلاب الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد للتغيير.

ماذا تقول الأبحاث:

يرى عدد من الباحثين بأن العجز الرئيس للطلاب الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد هو الكبح السلوكي الضعيف (Barkley 1997, 200, 2006, Willcutt Pennington 2001 وآخرون). وبعبارات أخرى، عندما يبدأ الطلاب الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد بعمل ما، يكون من الصعب عليهم أن ينتقلوا عقلياً إلى نشاط آخر جديد. يفترض الباحثون بأن هناك حاجة للضبط العملي من أجل "كبح" (منع) النشاط الحالي والبدء في النشاط التالي وهذا يختلف بالنسبة للطلاب الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد مقارنة مع طلاب لا يعانون من ذلك.

دراسة البحث

قامت مجموعة من الباحثين بفحص قدرة نقل المهمة للطلاب الذين لديهم عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد وكذلك الذين ليس لديهم تلك المشكلات (Cepeda, Cepeda, &Kramer 2000) أشارت نتائج الدراسة لوجود عجز أداء واضح لدى طلاب لم تتم معالجتهم ولديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد في المحاولة الأولى بعد تبديل المهمة (الواجب)، حتى عندما عُدّت الواجبات متوافقة، مثل أن يكون كلا الواجبين يشتمل على الأرقام. كان لدى جميع الطلاب الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد

سواء من تلقوا علاجاً أم لا ازدياد وقت الاستجابة "Switch Costs" عندما لم يكن الواجب الجديد متوافقاً مع الواجب القديم (مثال: الانتقال من تمييز الأرقام إلى واجب تمييز الكلمات). تطلب هذا النوع من الواجب كبح التفكير بالأرقام والاستعداد للتفكير بالأحرف والأصوات.

تقترح النتائج بأن الاختلافات موجودة بين الأطفال الذي لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد والذين ليس لديهم ذلك بخصوص القدرة على الانتقال بفعالية وقوة من واجب لآخر.

تشير الدراسات كالتي قدمناها هنا للحاجة لتقديم الدعم للطلاب الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد عندما ينتقلون من نشاط لآخر.

الدعم المعرفي لمثل هذه الانتقالات يمكن أن يشتمل على ما يلي:

- إتاحة الوقت ما بين سؤال الطالب لعمل شيء ما أو قول شيء وتوقع الإجابة (أي زيادة وقت الانتظار).
- تجنب زيادة العبء على ذاكرة الطلاب (Barkley, Murphy & Kwasnik 1996) وذلك عن طريق تحديد عدد الخطوات أو تسلسل الإجراءات التي يجب على الطالب الاحتفاظ بها في ذاكرة العمل أو عن طريق توفير صورة للطلاب للعودة إليها.
- أوجد إجراءات عادية روتينية للانتقال اليومي.
- جهّز الطلاب لنوع الاستجابة المطلوبة عندما يجيبون على سؤال ما.
- قسّم (وزّع) التدريس على سلسلة متتابعة متوائمة ويمكن التنبؤ بها طيلة اليوم.

إعداد كرستين ل. سايسكي By Kristin L Sayeski

وفيما يتعلق بتلك السلوكات التي يتم توجيهها باستمرار نحو تحقيق هدف معين فإن المشكلات المتعددة التي تتعلق بالوظائف التنفيذية والتي يخبرها الأطفال والمراهقون الذين يعانون من هذا الاضطراب تؤدي إلى حدوث قصور في اشتراكهم في تلك الأنشطة التي يتم توجيهها نحو تحقيق هدف معين وهو ما يعني قصور في الانتباه ينتج عن انخفاض مستوى الضبط السلوكي مما يؤثر بالتالي على التنظيم الذاتي لدى الفرد. كذلك فإن التشتت الذي يظهر لديهم ينتج في الغالب عن حدوث قصور في ضبط المقاطعة التي تحدث للسلوكيات الراهنة مما يؤثر في مجراها ويسمح لتلك الأحداث سواء الخارجية أو الداخلية أن تقطع استمرار حدوث الوظائف التنفيذية وهو ما يرجع أيضاً إلى قصور في الضبط الذاتي والإصرار على أداء المهمة حيث لا يستطيع الفرد من جراء ذلك أن يصر على بذل أي مجهود في سبيل أداء مهمة معينة لا تعود عليه بالإثابة الفورية، فينتقل بالتالي من نشاط إلى آخر من غير أن يكمل أياً منهما وذلك مع حدوث ما يمكن أن يقاطع استمرارية مثل هذه الأحداث. ويمكن النظر حالياً إلى قصور الانتباه في حالة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على أنه ليس عرضاً أولياً بل على أنه عرض ثانوي حيث أنه يعد نتيجة لتلك الإعاقة

التي تتناب الضبط السلوكي والتحكم في التداخل أو التصادم بالنسبة للسلوكات المختلفة وذلك في التنظيم الذاتي أو في ضبط السلوكات التنفيذية.

ومع انخفاض معدل التنظيم الذاتي أو القدرة على ضبط السلوكات التنفيذية يجد أولئك الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب أنه من الصعب عليهم أن يحافظوا على تركيزهم في تلك المهام التي تتطلب بذل المجهود أو التركيز فيها، ولكنها لا تكون مثيرة بطبيعتها كمعظم الأنشطة المدرسية على سبيل المثال.

قصص نجاح

تطوير مهارات الدفاع الذاتي للحصول على التسهيلات اللازمة:

طريقة نجاح جوش Josh في الكلية

جوش بيشوب: "الأمر ليس صعب؛ ولكن فقط إنجازه" يأمل جوش بيشوب طالب السنة الثانية في المرحلة الثانوية أن يلعب كرة القدم في فريق الاتحاد الرياضي الوطني في الكلية في القسم، وبالرغم من جهده مع تنظيم الوقت وإدارته. النقاط الآتية يمكن أن تكون مهمة في مسألة نجاحه

- هيكلية صفية مكثفة والتوقعات المستمرة المتناغمة.
- تعزيز إيجابي دائب ودعم سلوكي.
- تسهيلات خاصة ودفاع ذاتي.

لا يجد جوش بيشوب Josh Bishop الواجبات المدرسية صعبة الإنجاز ولكن يراها صعبة التنفيذ. تنسق المربية الخاص جين ورنر Jone Warner الخدمات لطلاب الكلية ذوي الإعاقات في الجامعة حيث يأمل جوش بيشوب أن يلعب كرة القدم. تقوم بتوجيه كثير من الطلاب مثل جوش وتشجع الطلاب الجدد الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد حتى يبدأوا بالدفاع الذاتي مبكراً. على الرغم من أن جوش لا يتلقى خدمات تعليمية خاصة فإن أمّه السيدة جوني بوف Joni Poff تشجعه للبحث عن التنظيم Structure والدعم حتى يمكنه تحقيق أهدافه المستقبلية.

- التنظيم الصفي المكثف والتوقعات المستمرة. إن جوش لاعب رياضي ناجح غير أنه في الصفّ يواجه تحديات يقول "لم أكن منظماً أبداً، وكنت أتدبّر أمري في المرحلة الابتدائية ولكن في المدرسة المتوسطة كان الأمر بمثابة نداء للنهوض. في الصف السادس كنت أقوم بأداء جميع الواجبات المدرسية، أما في الصف السابع فقد كنت أتأخر في أداء الواجبات في كل حصّة." يحتفظ جوش بكراسة الواجبات إلاّ أنه يعترف بأنه لا يستخدمه بإخلاص. ويقول "عندما أتجاوز الوقت النهائي المحدد كنت أحياناً لا أقوم بالعمل أبداً. أعرف أنني بحاجة أن أقوم بأداء الواجبات، وأظل أقول سأفعل ذلك، ومن ثم لا أقوم بفعل شيء وأحصل على علامة صفر. يمكنني القيام بالواجب في المدرسة غير أنني لا أستطيع القيام بذلك في البيت".

حسب رأي والدته فإن جوش يكون أداؤه أفضل في وقت أقصر في بيئة أكثر تنسيقاً. كان في البيت يعاني من متابعة عمل مستدام. أخبرني طبيبه المختص بطب الأطفال أن ابتعد قليلاً. يتناول جوش أدوية أثناء اليوم ومن الصعب عليه أن يركز في المساء.

ذكر جوش عن علاجه ولكن لم يشر للصعوبات التي يواجهها في أداء أعماله الكتابية والمهارات التنظيمية أو الانتباه حيث إنها خارج المألوف.

لا ينبغي أن يُعامل على نحو مختلف عن الطلاب ولكنه يقول بأن عدداً قليلاً من المعلمين وفروا الأشياء المطلوبة في الصف تعتقد والدته بأن أكثر معلمي جوش نجاحاً هم الذين كانوا منظمين جداً وجعلوا توقعاتهم واضحة جداً.

"لم يكونوا ضعيفي الشخصية. كانوا متعاطفين ودودين لأن هناك أشياء صعبة على جوش. لقد أدركوا أنه لا يتعمّد التكاسل أو عدم الاحترام، إلاّ أنهم مازالوا يحلمون بتوقعات عالية له".

○ التعزيزات الإيجابية المثابرة والدعم السلوكي. شخّص طبيب الأطفال الخاص بجوش على أنه مصاب بعجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد عندما كان في السابعة من عمره.

تتذكر والدته وتقول "في الروضة تم وضعه على لائحة السلوك المثابر وأُعطي ملصقات Stick-ers كمعزز إيجابي، غير أن معلم الصف الأول لم يتابع الأمر مع إدارة سلوكه".

في الصف الثاني اقترح إعطاؤه أدوية، وانتقلت عائلة جوش إلى مدرسة الولاية School Dis-trict حيث أن هناك 650 طالب فقط في المدرسة الثانوية المحلية التي يدرس فيها. كان التواصل بين البيت والمدرسة حميماً ولكن عندما أصبح ناضجاً وازدادت المتطلبات الأكاديمية عليه - كما تقول والدته "أصبحت المدرسة الثانوية صعبة على جوش. وأخيراً طلبت منه الاستفادة من مدرس خصوصي أو بعض الدعم المنظم للمساعدة في تعزيز سلوكه ولكن يبدو أنه مصمّم أن يقوم بذلك وحده".

○ التسهيلات الخاصة الدفاع الذاتي. تقول جين وارنر Jane Warner القيام بالشيء وحدك ليس دائماً هو الحل. فالطلاب الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد غالباً ما يحتاجون الدعم عندما ينتقلون من المدرسة الثانوية إلى الكلية. وتقول "إن المهارات الدراسية وإدارة الوقت نقاط إشكالية للطلاب ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد. الأشياء تبدأ بالانهيار، قد لا يحضر الطلاب عدّة حصص ويعتقمن غير أنهم لا يمكن لهم العودة للوراء، لذلك يجلسون في الخارج وتبدأ علاماتهم في التدني، ويبدأ احترام الذات لديهم بالانخفاض ومن ثم يغضبون".

تشجع وارنر الطلاب على الإفصاح عن حاجاتهم التعلمية بثقة والاتصال الأولي بالإدارة من أجل خدمات الإعاقة في الحرم الجامعي.

يُنصح الطلاب الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد والذين لم يتلقوا خدمات خاصة في المدرسة الثانوية أن يحصلوا على التوثيق الذي يحتاجونه للكليات لتزويدهم بالتسهيلات المناسبة تقول وارنر "تفضل التقييمات الشاملة التي قام بها محترفون مؤهلون في السنوات الثلاث الماضية برامج التدريب الفردي هي جزء من الأحجية، ولكن لا يمكن استخدام برامج التدريب الفردي كتوثيق ودعم وحيد لتسهيلات ما بعد الثانوية".

تُشير وارنر إلى أن التقييمات الحالية تقدّم صورة واضحة لنقاط القوّة ونقاط العجز، وخاصة إذا فسّر المقيّم ماذا تعنيه النتائج بعبارات عادية وقدّم توصيات تربوية خاصة. وتضيف قائلة "أحياناً بين الوقت الحالي وتخرج المدرسة الثانوية نجد أن الحصول على تقويم سريري سيكون استراتيجية مهمة جداً لتطوير دفاعه الذاتي وكذلك للانتقال بجوش لمرحلة أقر تحقيق أهدافه".

معايير مجلس الأطفال غير العاديين CEC: تمهيد الطريق للنجاح

قيّم خطوات نحو النجاح في تلبية معرفة وقاعدة بيانات مجلس الأطفال الشاذين لجميع المعلمين الجدد في التربية الخاصة. استخدم الأسئلة التالية لتوضيح معرفتك المهنية الخاصة بك، والمهارات والميول الشخصية

توضيح Reflecting on your own

تطورك المهني Professional Development

لو كنت مدرساً لجوش Josh

- ما هي بعض المجالات حول تعليم الطلاب ذوي الانتباه والنشاط الحركي الزائد والتي تحتاج معرفتها على نحو أكبر؟
- ما هي بعض المهارات الخاصة التي تساعدك لمواجهة التحديات الأكاديمية والسلوكية لديه؟
- ما هي الميول الشخصية التي تعتقد بأنها أكثر أهمية بالنسبة لك لتطوير تدريس الطلاب الذين لهم سلوكيات تحدي يفرضها عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد ADHD.

استخدام معايير مجلس الأطفال غير العاديين CEC

- كيف تصف الخصائص النفسية والاجتماعية العاطفية للأفراد الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد؟
- ما هي تأثيرات العلاجات المتعددة على الأفراد الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد؟
- ما نوع الإجراءات التي سوف تستخدمها لزيادة الوعي الذاتي والإدارة الذاتية والضبط الذاتي والاعتماد على الذات واحترام الذات لدى الطالب الذي لديه ADHD "عجز انتباه ونشاط حركي زائد؟

BY JEAN B. CROCKETT

السلوك التكيفي Adaptive Behavior:

يرتبط مفهوم المهارات التكيفية كمهارات مساعدة الذات، واستخدام المصادر المجتمعية، والمهارات المنزلية، وما إلى ذلك في الأساس بمجال التخلف العقلي حيث يتحدد التخلف العقلي في ضوء ذلك التعريف الذي قدمته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي على أنه يعد بمثابة إعاقة في كل من الذكاء والسلوك التكيفي. وفضلاً عن ذلك فقد اكتشف معظم المختصين في مجال اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد مؤخراً كما يشير باركلي (1998) Barkley أن العديد من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من ذلك الاضطراب يعانون أيضاً من مشكلات في السلوك التكيفي. ومن أمثلة ذلك أنهم يواجهون كما يرى كوكس وآخرون (2000) Cox et.al. وودوارد وآخرون Woodward et.al. (2000) العديد من المشكلات التي ترتبط بعملية القيادة أي قيادة السيارات وخلافه مما يعرضهم لكم أكبر من الحوادث والمخالفات المرورية. وعلاوة على ذلك فإنهم يواجهون بالفعل كما يرى شيلتون وآخرون (2000) Shelton et.al. مشكلات تتعلق بالمهارات التكيفية مما يعرضهم لمعدل أكبر من المخاطر التي تتعلق بمشكلات التعلم ومشكلات السلوك سواء في المدرسة أو في المنزل.

مشكلات السلوك الاجتماعي:

يرى بعض المختصين كما يشير لاندو وآخرون Landau et.al. (1998) أن المشكلات الاجتماعية التي يخبرها الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب تجعل من الشائع أن ننظر إلى مثل هذه المشكلات على أنها من الخصائص المميزة لهم. وبالرغم من أن مثل هذه الأدلة لا تحتاج إلى تأكيد أن جميع الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يخبرون مشكلات تتعلق بالوحدة أو العزلة فإن غالبيتهم يخبرون مشكلات ذات دلالة تتعلق بالعلاقات مع الأقران حيث لا يحتاج الآخرون إلى وقت طويل كي يكتشفوا أن مثل هؤلاء الأطفال غير مريحين وهو ما أكدته تلك الدراسات التي أجراها أحد الفرق البحثية (Erhardt & Hinshaw, 1994) إذ وجد أن الأمر لم يستغرق بالنسبة لأفراد تلك العينة التي أجروا دراساتهم عليها أكثر من يوم واحد في أحد المعسكرات الصيفية كي يقوم معظمهم برفض العديد من أولئك الأطفال الذين يعاونون من هذا الاضطراب.

وللأسف فإن تلك الحالة الاجتماعية السلبية التي يخبرها الأطفال المضطربون يصعب التغلب عليها، كما أنها عادة ما تستمر لفترة طويلة. وبالتالي فإن طبيعة رفضهم اجتماعياً يؤدي بهم إلى العزلة الاجتماعية، ونتيجة لذلك فإن العديد من هؤلاء الأفراد لا يكون لهم سوى عدد ضئيل من الأصدقاء حتى وإن أرادوا من الآخرين أن يحبونهم وهو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث دائرة مفرغة يحاولون فيها أن يكتسبوا الأصدقاء من خلال ولعهم بتلك الفرص القليلة التي تتاح أمامهم للتفاعل معهم، إلا أن حاجتهم المسعورة للصداقة مع القصور من جانبهم في السيطرة على حفزاتهم تنتهي بهم إلى إزعاج ومضايقة نفس أولئك الأفراد الذين يحاولون أن يصادقوهم.

ونظراً لحدوث مشكلات في الكف السلوكي من جانب هؤلاء الأفراد المضطربين لن يكون مدهشاً بالنسبة لنا أن نجد معظمهم ينتهي بهم الحال إلى النبذ الاجتماعي حيث يراهم الآخرون على أنهم يتسمون بالهمجية والوقاحة نظراً لعدم قدرتهم على تنظيم سلوكهم وانفعالاتهم. كما أنهم لا يعلمون كذلك كيف يتصرفون على نحو مناسب، (Landau et al ,1998) وإذا ما علموا حقيقة الأمر فإنهم لن يكونوا قادرين على أن يقوموا بذلك، بمعنى أننا إذا ما سألناهم عن ذلك السلوك المناسب في موقف معين فإنهم قد يتمكنون من إعطاء الإجابة المقبولة اجتماعياً، إلا أنهم إذا ما تمت مواجهتهم بمثل هذه الاختيارات في الموقف الحقيقي فإن القصور الذي يعانون منه في الكف السلوكي سوف يؤدي بهم إلى الاختيار باندفاعية، كما يلجأون إلى فرط النشاط من الناحية الانفعالية.

حالات متزامنة:

غالباً ما يحدث اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد في الوقت نفسه مع بعض المشكلات السلوكية، أو صعوبات التعلم، أو المشكلات الانفعالية، أو أي منها. وفضلاً عن ذلك فإن أولئك الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب يعمن غير أكثر عرضة لإساءة استخدام المواد وذلك قياساً بغيرهم من فئات التربية الخاصة الأخرى.

- **صعوبات التعلم**: كشفت تلك الدراسات التي استخدمت محكات تشخيصية دقيقة كما يرى فورنيس وكافيل (2002) Forness & Kavale عن وجود تداخل تتراوح نسبته بين 10-25% تقريباً بين كل من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وصعوبات التعلم. ويشير ويلكوت وآخرون Willcutt et.al. (2001) ومارشال وآخرون Marshall et.al. (1997) إلى أن العلاقة بين الحالتين تكون قوية وخاصة في حالة نمط قصور الانتباه من غير النشاط الزائد.

- **الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية**: يرى كل من فورنيس وكافيل (2002) Forness & Kavale وهالاهان وكوتون (1997) Hallahan & Cottone أن نسبة التداخل بين هذا الاضطراب والاضطرابات السلوكية أو الانفعالية تتراوح بين 25-50% تقريباً. كما أن بعض الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب يبمن غير سلوكات عدوانية، وأخرى تظاهرية أو تنفيسية Acting out قد يبدي غيرهم سلوكات انسحابية، وعادة ما تكون مصحوبة بالقلق أو الاكتئاب.

- **إساءة استخدام المواد**: يرى بيدرمان وآخرون Biederman et.al. (1998) ولامبرت وهارتسوف Lambert & Hartsough (1998) أنه من المحتمل بالنسبة للمراهقين والراشدين الذين يعانون من هذا الاضطراب قياساً بأقرانهم العاديين أن تتضاعف نسبة من يسيئون استخدام الكحوليات، أو من يصبحون معتمدين على العقاقير كالكوكايين على سبيل المثال. كذلك فإن أولئك الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب والذين يعانون من اضطرابات سلوكية ترجع إلى عوامل خارجية يعمن غير كما يرى شيلكوت وبريسلاو (1999) Chilcoat & Breslau أكثر عرضة لاستخدام العقاقير في سن مبكرة. وفضلاً عن ذلك فإن المراهقين الذين يعانون من هذا الاضطراب من المحتمل أن يتضاعف معدل تدخين السجاير من جانبهم. ومن جانب آخر فقد تناولت بعض التقارير في وسائل الإعلام العامة علاج ذلك الاضطراب، وأشارت إلى أن هذا العلاج إذا ما كان باستخدام المثيرات النفسية مثل الريتالين Ritalin فإنه يؤدي بالأطفال إلى أن يعتادوا استخدام المواد غير القانونية. إلا أن دوبول وآخرين DuPaul et.al. (1998) يرون أنه لا توجد هناك أي نتائج لأي دراسات تؤيد هذا الاقتراح حتى الوقت الراهن.

وعلى الرغم من ذلك فلا تزال مسألة التزامن بين هذا الاضطراب والعديد من المشكلات السلوكية أو الانفعالية أو صعوبات التعلم تمثل لغزاً أو سراً لم يكشف عنه بعد حيث أن كل ما فعله الباحثون في هذا الصدد لا يتعدى كونه محاولة لسبر غور تلك الاحتمالات العديدة التي يحتمل لها أن تكون هي الأسباب التي تقف وراء ذلك والتأكد منها ومن مدى ذلك التداخل الذي يمكن أن يحدث بينهما، فضلاً عن أسبابه وإمكانية أن يؤدي مثل هذا الاضطراب إلى أي منها، والتأكد مما إذا كان العكس صحيحاً حيث يتطور كل منها على حدة بعيداً عن الآخر وبمعزل عنه. كذلك فإن مثل هذه المحاولة تهدف من جانب آخر إلى التأكد من إمكانية وجود أي أساس وراثي لذلك التزامن الذي يمكن أن يحدث. وعلى هذا الأساس فإن البحوث التي سوف يتم إجراؤها خلال السنوات القليلة القادمة ينبغي أن تعمل على إيجاد إجابات قاطعة لمثل هذه التساؤلات المختلفة.

الاعتبارات التربوية Educational Considerations:

سوف نتناول في هذا القسم من الفصل الحالي جانبين يتعلقان بالبرامج التربوية الفعالة التي يمكن أن نقدمها في هذا الصدد لأولئك الأطفال الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد هما:

1. ترتيب الفصل وقيام المعلم بالتوجيه.
2. التحليل السلوكي الوظيفي والإدارة المشروطة للذات.

وسوف نتناول ذلك بالتفصيل على النحو الآتي:

ترتيب الفصل وقيام المعلم بالتوجيه:

كان وليام كرويكشانك William Cruickshank من أوائل من نادوا بضرورة وجود برنامج تربوي منتظم ونظامي لأولئك الأطفال الذين نشخصهم اليوم على أنهم يعانون من اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد. وكان البرنامج الذي نادى به يتضمن خاصيتين أساسيتين هما:

1. الحد من تلك المثيرات التي لا تتعلق بالتعلم وتعزيز تلك المواد ذات الأهمية بالنسبة للتعلم.
2. برنامج منظم Structured مع تأكيد قوي على توجيهات المعلم.

ونظراً لأنه افترض أن أولئك الأطفال الذين يعانون من بعض المشكلات في الانتباه يعمن غير أكثر عرضة للتشتت فقد قام بالحد من تلك المثيرات التي لا ترتبط بالموضوع وذلك بقدر المستطاع بحيث لا توجد فقط سوى تلك المثيرات التي يتم التعامل معها وتناولها، فتكونت بالتالي ورش العمل الخاصة بهم على سبيل المثال من أماكن ثلاثية الأبعاد حتى يتم بذلك الحد من التشتت. ومن ناحية أخرى فقد تم تشجيع المعلمين على أن يقوموا باستخدام مواد تعليمية جذابة وذات ألوان ساطعة.

وبذلك يتضح أن هذا البرنامج يخلو من مواقف الاختيار وما يرتبط بها من صراع، كما يخلو أيضاً من تلك الخبرات التي يحتمل أن تتضمن الفشل. كذلك فإن المهام التي يتم تقديمها للطفل تكون

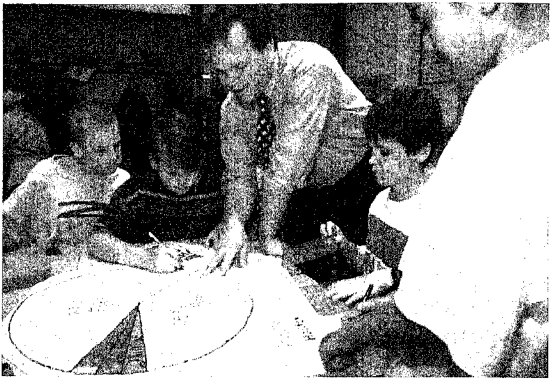
في حدود قدراته العقلية ومدى انتباهه حيث من المتوقع أن يصل مدى الانتباه إلى أربع دقائق وهو الأمر الذي يجعل جميع خبرات ومهام التعلم التي يتم تقديمها له تكون في حدود هذا المدى.(Cruick-shank, Bentzen, Ratzeburg, & Tannhauser, 1961)

ومن النادر أن نرى اليوم معلمين يستخدمون كل مكونات برنامج كرويكشانك (Cruickshank) ويعتقد العديد من المختصين في وقتنا الراهن أنه لا يصل الأمر بكل الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب إلى أن يتشتت انتباههم من جراء أشياء معينة توجد في محيطهم البيئي، ومع ذلك فإنهم يوصون باستخدام أشياء معينة كالمهاجع مع أولئك الأطفال الذين يتسمون بالتشتت وذلك في سبيل الحد من المثيرات الخارجية التي يمكن أن تؤدي إلى مثل هذا التشتت. كذلك فمن النادر أيضاً أن نرى في الوقت الراهن من يلجأ إلى درجة تنظيم الفصل وتوجيهات المعلم التي عرضها كوريكشانك Cruickshank وذلك لعدد من الأسباب من أهمها ما يأتي:

1. أن مثل هذا التنظيم لا يمكن أن نجده في الواقع إلا في الفصل الخاص Self-contained class وأن معظم الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يوجمن غير كما أشرنا من قبل في فصول التعليم العام.
2. أن غالبية المختصين يعتقمن غير اليوم أن البرنامج المنظم Structured يعد على درجة كبيرة من الأهمية في المراحل الأولى من العمل مع مثل هؤلاء الأطفال المضطربين، إلا أنهم يحتاجون بعد ذلك إلى أن يتعلموا بالتدريج أن يكونوا أكثر استقلالاً في تعلمهم.

ويرى كوبر (1999) Cooper أنه على الرغم من ذلك فإن العديد من الأفكار التي عرضها كرويكشانك Cruickshank لا تزال موجودة حتى الآن في النظام التعليمي الذي يتبع مع أولئك الأطفال، ومن أمثلة هذه الأفكار ما يأتي:

1. أن جميع الأطفال وخاصة أولئك الذين يعانون من ذلك الاضطراب يحققون الاستفادة من الروتين والنظام الواضح والمتوقع وغير المعقد.
2. من المفيد أن يتم تقسيم اليوم إلى وحدات زمنية معينة يتم خلالها تنفيذ تلك المهام المحددة التي يتضمنها البرنامج المقدم.
3. أن يتم تجزئة المهام والأنشطة في وقت الدرس إلى مهام وأنشطة فرعية.
4. أن يتم تجنب تقديم قائمة مفصلة بتلك المهام المطلوبة للأطفال.
5. أن يتمثل أحد الأهداف المهمة للبرنامج في توفير روتين يومي بسيط للتعلم يدفع بالطفل في النهاية إلى أن يتعلم بقلبه.
6. أن يقل عدد تلك المهام التي يتم تقديمها للطفل خلال البرنامج المقدم له، وألا يتم تحديد وقت صارم لأداء كل منها خلاله، بل يجب أن يكون هناك قدر مناسب من المرونة في هذا الصدد.



7. ألا توجد هناك أي تعقيدات في البرنامج المقدم تتمثل في تحديد جدول زمني صارم لأداء مهام أو أنشطة معينة من جانب هؤلاء الأطفال حتى لا يجدوا صعوبة في التمييز بين المعلومات المختلفة وتنظيمها.
8. أن يتم تسجيل المهام المطلوبة من الطفل على شرائط كاسيت حتى يصبح بإمكانه على أثر ذلك أن يأخذها معه إلى المنزل، وأن يقوم بالتدريب عليها حتى يتمكن من أدائها بعلى النحو المطلوب أو حتى إجادة القيام بها .(Cooper,1999)

التحليل الوظيفي للسلوك والإدارة المشروطة للذات:

أوضحنا في الفصل الثاني أن التحليل الوظيفي للسلوك يُعد مجالاً مهماً للتعامل مع المشكلات السلوكية للأطفال المعاقين عقلياً. إلا أننا نضيف إلى ذلك أنه يُعد مهماً للغاية في تلك البرامج التربوية التي يتم إعدادها للأطفال الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد. ويتضمن التحليل الوظيفي للسلوك FBA كما يرى هورنر وكار Horner & Carr (1997) تحديد النتائج المترتبة، والمثيرات القبلية، وتحديد تلك الأحداث الموقفية التي تتضمن سلوكات غير ملائمة. ومن أمثلة الوظائف التقليدية للسلوك غير الملائم من جانب أولئك الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب كما يرى دوبول وإيرفين DUPaul & Ervin (1996) ما يأتي:

1. تجنب القيام بأي عمل.
2. لفت انتباه الأقران والراشدين.

أما اتجاهات الإدارة المشروطة للذات Contingency - based self - management فإنها عادة تتضمن كما يشير كل من دافيز وويت Davies & Witte وشابيرو وآخرين Shapiro et.al. (1998) إبقاء الفرد على ذلك السلوك الذي يصدر عنه، ثم تلقي تلك النتائج التي يكون من شأنها أن تترتب عليه والتي عادة ما تكون على هيئة مكافآت تقوم أساساً على ذلك السلوك. وفي هذا الإطار فإن المعلم قد يجد على سبيل المثال أن الأطفال يقومون باستخدام مراقبة الذات Self - monitoring لتسجيل عدد المرات التي يقومون بترك مقاعدهم فيها خلال الحصة الواحدة.

هذا وقد اتضح أن الجمع بين أسلوبي التحليل الوظيفي للسلوك والإدارة المشروطة للذات له أثره الفعال في زيادة كم السلوك الملائم من جانب أولئك التلاميذ الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وذلك في المرحلتين الابتدائية والثانوية على السواء حيث أدى ذلك كما أسفرت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الإطار إلى زيادة كم النشاط الملائم من جانب المراهقين المضطربين أثناء أداء المهام المطلوبة. أما طور التقييم السلوكي فقد تألف من مقابلات مع المعلم، وملاحظات داخل الفصل. وقد أدى كلاهما كما يشير إيرفين وآخرون Ervin et.al. (1998) بالباحثين والمعلمين إلى الاعتقاد بأن السلوك الفوضوي الذي يصدره هذا الولد أو ذاك ما هو في الواقع إلا دالة للفت انتباه الأقران له. وقد بني هذا الافتراض على تلك الأدلة التي توافرت والتي ترى أن الأحداث المنشطة أو المثيرة لذلك السلوك الدال على قصور الانتباه تتضمن بعض الأشياء الأساسية مثل نظرة الأقران له، ومناداته باسمه، والقيام ببعض الإيماءات نحوه. كما أن النتائج التي ترتبت على قصور انتباهه قد تمثلت في أشياء معينة مثل ضحك الأقران عليه، أو ما يصدر عنهم من تعليقات معينة تتعلق به. بينما يتضمن طور الإدارة المشروطة للذات على الجانب الآخر قيام التلميذ بتقييم ما يصدر عنه من سلوكات أثناء المهمة وذلك على مقياس متدرج من خمس نقاط تتراوح بين "غير مقبول" وتحصل على صفر حتى "ممتاز" وتحصل على خمس درجات وذلك في نهاية كل حصة حساب. كما يقوم المعلم أيضاً بتقييم ذلك السلوك، ويحصل الطفل على نقاط أو درجات معينة اعتماداً على التناسق بين التقييمين. كذلك يقوم المعلم أثناء حصة الكتابة بإعطاء التلاميذ نقاط إيجابية أو سلبية في ضوء استجاباتهم السلوكية التي تهدف إلى جذب انتباه أقرانهم بالفصل. ويحصل التلاميذ بذلك على بعض المزايا وفقاً لما يحصلون عليه من نقاط.

دور التعزيز:

أشاد المختصون بذلك الدور الذي يلعبه التعزيز كشرط في الإدارة المشروطة للذات، وأن التعزيز يمكن أن يكون مادياً أو معنوياً كالثناء أو المديح الاجتماعي الذي يؤدي بدوره بالإدارة الذاتية أو إدارة الذات إلى أن تصبح أكثر فعالية. ويشير دوبول وإيكرت DuPaul & Eckert (1997) إلى أن نتائج تلك الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الصدد قد أسفرت عن أن الإدارة المشروطة للذات تعد أكثر فعالية من إدارة الذات من غير أن يكون هناك شرط معين كالتعزيز مثلاً وذلك في تغيير سلوكات التلاميذ الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد كي تصبح أكثر إيجابية.

ويرى كون (1993) Kohn أنه على الرغم من ذلك الجدل الذي يدور أحياناً حول استخدام بعض الإجراءات السلوكية مثل التعزيز أو العقاب فإن هناك من يعارض اللجوء إلى مثل هذه الإجراءات. وهناك من ينظر إليها من جانب آخر على أنها أمور لا غنى عنها في العمل مع أولئك الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب حيث إنها تعد بمثابة جانب أساسي من تلك المبادئ اللازمة للتدخل الفعال.(Pfiffner, Barkley, & Dupaul; 2006).

التدريس الفعّال RESPONSIVE INSTRUCTION

تلبية حاجات الطلاب ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد

التخطيط للطلاب الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد في الغرفة الصفية في التعليم العام.

ماذا تقول الأبحاث:

أن معظم الطلاب ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد تُقدم لهم الخدمة في فصول مدارس التعليم العام. يمكن للمعلمين ومن خلال إضافة تعديلات هامة ودعم للروتين التعليمي التقليدي تلبية حاجات الطلاب الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد من من غير التخفيف من تدريس الطلاب الذين ليس لديهم إعاقات في الصف.

يشتمل تسلسل الدرس التالي وصفاً للدعم الذي تؤيده الأبحاث والقائل بأنّه بإمكان المدرسين أن يقدموا عند كل مرحلة تدريسية ومسوغاً لكيفية تلبية الدعم لحاجات الطلاب ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد.

تطبيق نتائج البحث على التدريس:

المرحلة الأولى: قبل التخطيط - قسّم التدريس إلى أجزاء ذات معنى.

الوصف : قبل التدريس قسّم التسلسل التدريسي إلى خطوات أو أجزاء (Rosenshine 1995)، إن تقسيم التسلسل التدريسي إلى أقسام صغيرة ذات معنى تضمن به أن لا ينتقل كل الطلاب حتى يفهموا وأن التمرين والتغذية الراجعة من المعلم قد تم تقديمه عند كل خطة.

المسوّغ (المبرّر): أن الواجبات الطويلة يمكن أن تكون مربكة لطلاب ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد. أن التقييم والتجزئة تتيح فترات أقصر من الانتباه المركز، تغيرات النشاط أثناء الانتقال بالتسلسل التعليمي، والممارسة المركزة، والاعتماد القليل على الذاكرة العاملة (Kemp, Fister & Mclaughlin 1995).

المرحلة الثانية: مقدمة

الوصف: أثناء هذه المرحلة يُقدّم المعلم أهدافه التدريسية لليوم. أما المعلومات أو الأنشطة التي ينبغي شمولها في المقدمة فهي (1) مبرّر (مسوّغ) للدرس (2) تغير أو توضيح لنموذج لما ستكون عليه النتيجة النهائية للدرس (3) منظّم متقدم يُخبر الطلاب عن تسلسل النشاط التدريسي (Allsopp 1999).

المسوّغ: توفر هذه الأنشطة "خارطة طرق" للطلاب ليسيروا عليها. بالنسبة للطلاب الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد وعندهم صعوبة في التركيز على المهمة الرئيسة أو الهدف (Barkley 1997)، فإن التحديد الواضح لأهداف الدرس أو النتائج والخطوات المرسومة بوضوح توفّر دليلاً خارجياً موضحاً للأهداف.

المرحلة الثالثة: التدريس والنموذج المثالي:

الوصف: بعد قيام المعلم بتهيئة المسرح للتعلم يبدأ الجزء التعليمي من الدرس، وخلال هذه المرحلة قد يعرض المعلم أجزاءً أو ظاهرة، ويقدم للطلاب سيناريو مشكلة ما ليتم حلها، أو يجعل الطلاب ينخرطون في نشاط ما سوف يرتبط بمفاهيم تدريسية مهمة. بغض النظر عن الطريقة التدريسية المحددة، ينبغي أن يكون لدى الطلاب فهم لما يفعله المعلم وما ينبغي لهم فعله في المقابل. تضم الاستراتيجيات التدريسية الفعّالة على ما يأتي:

1. فكر بصوت عال عند تقديم الجزء الأولي للدرس.
2. قم بنمذجة الخطوات التي سوف يكملها الطلاب بالضبط.
3. التمس الحصول على تغذية راجعة من الطلاب خلال المرحلة التدريسية.

المسوّغ: قد يكون لدى الطالب الذي لديه عجز انتباه ونشاط حركي فقط صعوبة في الربط بين المرحلة التعليمية لدرس ما والنشاط أو التعيين (الواجب) أو ورقة العمل اللاحقة. أن توفير نموذج واضح للأهداف التي ينبغي تنفيذها، وعرض نوع الكلام الداخلي الذي سوف يوجّه ويرشد تفكيرهم (من خلال التفكير بصوت عال)، وتفقد فهم الطلاب، يقوم المعلم بزيادة احتمالية قيام الطلاب بعمل ربط بين التدريس والممارسة أو تطبيق المفهوم (Kucan & Beck 1997).

المرحلة الرابعة: الممارسة الموجهة:

الوصف: مرحلة الممارسة الموجهة هي مرحلة الانتقال المهمة بين التدريس والممارسة المستقلة. يكون لدى الطلاب في مرحلة الممارسة الموجهة فرصة لممارسة أو العمل مع المفهوم الذي يتم تعليمه بينما يكون المعلم يقدم وعلى نحو نشط تغذية مهمة (1995 وآخرون ,Allsopp 1999, Kemp) يمكن أن تتألف الممارسة الموجهة من الطلاب الذين يحلون عدّة أسئلة على السبورة أو على ألواح بيضاء موجودة على مقاعدهم، وكذلك تتكون من طلاب يفسرون (بكلماتهم الخاصة) أمام الصف ما سبق أن قُدّم، أو جماعات من الطلاب يقومون بالجزء الأول من الواجب وتقديم تقرير بعملهم أمام الصف. العنصر الأساسي للممارسة العامة هو أن المعلّم أمامه فرصة لتصحيح أو إعادة تدريس الطلاب المنهمكين في الممارسة المستقلة IP.

المسوّغ: تُقدم مرحلة الممارسة الموجهة جسراً مهماً للطلاب ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد الذين قد يحتاجون للانخراط النشط في المهمّة ليكونوا متجاوبين مع الإرشادات التدريسية أو التوصيات المقدمة أثناء التدريس (1995، وآخرون Keap).

أن الممارسة الموجهة تقدم أيضاً فرصة للتعزيز الإيجابي عندما يقدم الطالب بمحاولات أولية للفهم. مع إعطاء أقسام الدرس يمكن أن يمرّ المعلمون خلال نمذجة/التدريس ومراحل الممارسة الموجهة مرتين إلى ثلاث مرات خلال درس ما.

تقديم انتقالات متعددة في النشاط يوفر دعماً إضافياً لميزات "عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد" مثل فترة الانتباه القصيرة المدى، وصعوبة إتمام الواجبات، ومشكلات الذاكرة قصيرة المدى.

المرحلة الخامسة: الممارسة المستقلة

الوصف: تأتي الممارسة المستقلة بأشكال مختلفة، تتراوح بين العمل الفردي أو الزوجي أو المجموعات الصغيرة والواجبات البيتية. إن هدف الممارسة المستقلة هو أن يطبق الطلاب ما تعلموه عند هذه النقطة في التسلسل التدريسي، ينبغي أن يفهم الطلاب متطلبات الواجب وأن يكونوا قادرين على إنجاز المهمة بكفاءة. (Rosenshine 1995).

المسوّغ: يمكن أن يكون العمل المقدّم عند مستوى إحباط الطلاب لسلوكاته عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد العامة - كالخروج من المقعد أو التشويش اللفظي أو البدني. من خلال بناء توقعات واضحة للممارسة المستقلة ID، وضمان أن يكون الطلاب قادرين على أداء العمل، وتوفير الدعم، يزيد المعلمون من احتمالية الانخراط الهادف للطلاب.

المرحلة السادسة: ختام ومراجعة Closure and Review

الوصف: عند نهاية كل درس ينبغي للمعلمين إتاحة الوقت لتلخيصها "recap" الأفكار الرئيسة للدرس. في الختام، يمكن أن يراجع المعلمون المفردات المهمة، وأن يطلبوا من الطلاب ذكر بعض الأشياء التي تعلموها، أو إكمال نشاط كتابي مختصر. أثناء الختام، ينبغي أن يعزز المعلم فكرة الدرس الرئيسة، وكذلك عمل ربط مع التعلم السابق والمستقبلي (Kameenui & Carnine 1998).

المسوّغ: قد يكون لدى الطلاب ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد صعوبة في تركيب المعلومات (Barkley 1994)، أن توفير مراجعة نهاية للدرس في نهايته توفر الدعم الضروري للطلاب لعمل ربط بين مفاهيم اليوم (1995 Rosen shine,).

باختصار، يمكن أن يوفر المعلمون لكثير من الطلاب ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد على نحو فعّال بظروف تعليمية عن طريق تقديم تدريس مستجيب للحاجات الفريدة لهؤلاء الطلاب.

إعداد كرستين ل. سايسكي By Kristin L Sayeski

نماذج تقديم الخدمة Service Delivery Models:

نظراً لأن وزارة التربية الأمريكية لا تنظر إلى هذا الاضطراب على أنه يمثل فئة مستقلة من فئات التربية الخاصة فإنه لا توجد لدينا إحصائيات عن عدد أولئك التلاميذ الذين يتلقون خدمات التربية الخاصة في الفصول المختلفة. ومع ذلك فمن الملاحظ أن هناك أطفالاً يعانون من هذا الاضطراب يوجمن غير ضمن البدائل التربوية المختلفة بداية من المدارس الداخلية وحتى نظام الدمج في فصول التعليم العام. ونظراً لأن أقل من نصف عدد هؤلاء الأطفال هم الذين يتلقون خدمات التربية الخاصة يصبح من المنطقي أن نفترض أن غالبية هؤلاء الأطفال يقضون معظم وقتهم في فصول التعليم العام.

وجدير بالذكر أن أفضل البدائل التربوية بالنسبة لهؤلاء الأطفال يجب أن يتحدد على أساس فردي حيث أنه بالرغم من أن الدمج في فصول التعليم العام يعد مناسباً لبعضهم فإن الادعاء بأن أكثر من نصفهم لا يتلقى أياً من خدمات التربية الخاصة يجب أن ننظر إليه بدرجة كبيرة من الاهتمام. كذلك فإن نتائج العديد من الدراسات في هذا المجال قد كشفت عن أنه من الأكثر احتمالا بالنسبة لهؤلاء الأطفال أن يحققوا بعض التغيرات السلوكية الإيجابية في إطار مدارس التربية الخاصة وبرامجها وذلك على نحو يفوق ما يمكن أن يحققوه في هذا الصدد في ظل وجودهم في التعليم العام.

RESPONSIVE INSTRUCTION التدريس الفعال

تلبية حاجات الطلاب ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد

فوائد الرقابة الذاتية والمراقبة من قبل المجموعة

ماذا تقول الأبحاث:

ليس لدى كثير من الطلاب ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد القدرة على الرقابة الذاتية. تتطلب الرقابة الذاتية القدرة على تقييم موقف ما والتفكير في طرق بديلة للإجابة وكذلك النتائج الممكنة والمرتبطة مع أشكال متعدّدة من الاستجابة (Shapiro, DuPaul & Bradley Klug 1998).

إن عدم القدرة على التفكير قبل العمل يخلق مشكلات للطلاب ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد في مجالات تركيز الانتباه في الصف والتجاوب مع المواقف الاجتماعية على نحو مناسب، وإتمام المهام المطلوبة، ولمواجهة هذه القضايا، يمكن أن يساعد المعلمون الطلاب على تعلم استخدام إجراءات الإدارة الذاتية، والتسجيل، والتحليل، وتعزيز سلوكهم (Davies & Witte 2000).

أشارت كثير من الدراسات مراراً إلى فعالية تدريس الطلاب مثل تلك الإستراتيجيات (Cobb, Sample, Alwell & Johns, 2006). ومع أن تدريس الإدارة الذاتية للطلاب الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد قد ثبت أنه فعّال، إلاّ أن كثيراً من المعلمين يفضلون خطط الصف الكامل أو خطط طوارئ المجموعة.

يكون سلوك طالب ما ضمن مجموعة نموذج طوارئ المجموعة مرتبطاً بنتائج كامل المجموعة. أن تعزز نماذج طوارئ المجموعة الاعتمادية حيث أن أعضاء المجموعة ينبغي لهم العمل معاً لتحقيق الهدف (Tankersley 1995).

في ظل خطة طوارئ المجموعة يمكن أن يستخدم المعلمون نفس منهج إدارة السلوك لجميع الطلاب ولا حاجة لأن يميّزوا في معاملتهم بعض الطلاب الذين يحتاجون لمساعدة في مجال الإدارة الذاتية، وبهذا، يمكن لطوارئ المجموعة أن تكون فعّالة جداً لمعلمي التعليم العام الذي تضم صفوفهم طلاباً لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد.

الدراسة البحثية:

درست إحدى الدراسات تأثيرات برنامج الإدارة في صفوف الثالث ابتدائي على سلوكات الطلاب ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد في صفوف التعليم العام (Davies & Witte 2000).

كان جميع الطلاب سواء الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد أو العاديين – مسؤولين عن مواجهة سلوكهم، ووضع الباحثون خطة طوارئ لأداء المجموعة.

إجراءات التدخل للمجموعة تتضمن:

1. إذا أظهر أي طالب السلوك المستهدف (ألفاظ غير مناسبة)، يُحرك أو تحرك دوطة dot من لوحة المجموعة الخاصة به/بها من القسم الأخضر إلى القسم الأزرق. إذا لم يحرك الطفل الدوطه بعد حوالي عشر ثوانٍ، عندئذٍ يحرك المعلم الدوطة إلى القسم الأحمر من اللوحة.

2. الجوائز التي حصلت عليها مجموعة ما متصلة بعدد الدوطات التي لدى المجموعة في القسم الأخضر من اللوحة عند نهاية فترة التدخل. تحتاج كل مجموعة دوطة واحدة على الأقل متروكة في القسم الأخضر في نهاية فترة التدخل لكي تحصل على معزز (كل مجموعة بدأت بخمس دوطات) (Davies & Witte 2000).

نتائج البحث

أظهرت نتائج الدراسة تناقص في تسوية الخلافات بالنسبة للطلاب الأربعة الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد. بالإضافة إلى أنه لم يظهر أي دليل وجود آثار جانبية سلبية ممكنة لضغط الرفاق مثل التهديدات أو التعليقات اللفظية السلبية. (Davies & Witte 2000).

تطبيق البحث على التدريس Applying The Research To Teaching.

تُظهر نتائج هذه الدراسة فعالية استخدام الإدارة الذاتية ضمن سياق طوارئ المجموعة. يمكن أن ينفّذ المعلمون إستراتيجيات إدارة مشابهة من خلال:

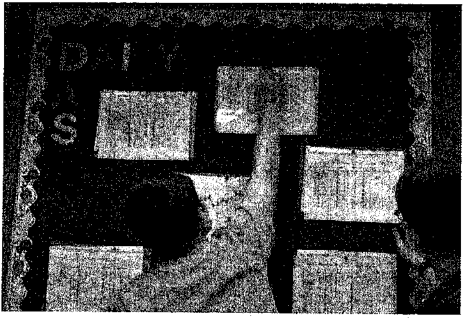
1. استهداف سلوكات غير مرغوبة محددة لإزالتها أو سلوكات مرغوبة محددة لتعزيزها.

2. إيجاد لوحة للطلاب كي يستخدموها للإدارة الذاتية.

3. توصيل إجراءات تسجيل السلوكات على اللوحة (مثال: "إذا وضعت علامة _ علّم لوحتك" أو "عندما يُصدر البوق صوتاً تأكد لنرى إذا كنت تعمل إشارة _، بعد ذلك أشّر إلى لوحتك طبقاً لذلك") أو

4. توصيل (ربط) إجراءات الإدارة الذاتية لطوارئ المجموعة (مثال: "إذا كان كل الطلاب قد حصلوا على نقاط أعلى من _ أثناء الدرس فإن جميع الطلاب سوف يجتازون بنجاح الواجب البيتي").

إعداد كرستين ل. سايسكي By Kristin L Sayeski



المجال قد كشفت عن أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهؤلاء الأطفال أن يحققوا بعض التغيرات السلوكية الإيجابية في إطار مدارس التربية الخاصة وبرامجها وذلك على نحو يفوق ما يمكن أن يحققوه في هذا الصدد في ظل وجودهم في فصول التعليم العام.

الاعتبارات الطبية Medication Considerations:

يمثل علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد باستخدام العقاقير الطبية واحداً من أكثر الموضوعات التي شهدت جدلاً كبيراً في إطار التربية الخاصة. ويتم في هذا الصدد استخدام المثيرات السيكلوجية Psychostimulants حيث تعمل على إثارة أو تفعيل الأداء الوظيفي النيورولوجي، وبالتالي فهي تعد من أكثر أنواع العقاقير الطبية شيوعاً واستخداماً بالنسبة لهذا الاضطراب. ومن أشهر مثل هذه المثيرات السيكلوجية على الإطلاق ذلك العقار الذي يعرف اسمه العلمي بعقار الميثيلفنديت Methylphenidate ويعرف اسمه التجاري بالريتالين Ritalin. ومع ذلك فقد أشار العديد من المختصين على مدى سنوات طويلة إلى أن هناك آثاراً عكسية أو جانبية سلبية عديدة لهذا العقار حيث تتناقض آثاره في الواقع مع ما نتوقعه من الشخص الذي لا يعاني من هذا الاضطراب. ويرى جمع كبير من الباحثين كما يشير كل من سوانسون وكاستيلانوس وآخرين Swanson, Castellanos et.al. (1998) فضلاً عما يشير إليه سوانسون وآخرون Swanson et.al. (1998) إن الريتالين يؤثر في انبساط الدوبامين كأحد الموصلات العصبية مما يمكن المخ من أداء الوظائف التنفيذية على نحو عادي، ومن ثم فإن الهدف من تعاطي جرعاته يتمثل أساساً في مساعدة المخ على أداء الوظائف التنفيذية على نحو عادي. ويرى سلانتو (1998) Slanto أنه من المعتقد الآن أن للريتالين نفس الأثر السلوكي والكيميائي في أولئك الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وأقرانهم الذين لا يعانون منه.

ومن ناحية أخرى يشير فاراوان وآخرون Faraone et.al. (2001) وبليزكا وآخرون Pliszka et.al. (2000) ومانون وآخرون Manos et.al. (1999) إلى أن الريتالين يتطلب حوالي ساعة واحدة حتى يأتي بأثره في حين يحدث أقصى أثر له بعد حوالي ساعتين من تعاطي الجرعة علماً بأن آثاره تتلاشى بعد حوالي أربع ساعات من الجرعة. أما الاستجابة للريتالين فهي فردية أي تختلف من فرد إلى آخر، ومن ثم فإن مقدار الجرعة، وعدد مرات تعاطيها في اليوم تتباين من شخص إلى آخر. وهناك عقار آخر جديد نسبياً يسمى أديرال Adderall يتم استخدامه في الوقت الراهن على نطاق واسع حيث أنه لا يقل في أثره عن الريتالين، ولكنه يتفوق عليه في أن أثره يمتد لفترة زمنية أطول مما يقلل من عدد مرات تعاطيه من جانب الفرد.

معارضة تعاطي الريتالين:

من الجدير بالذكر أنه لا يعد كل المختصين والآباء وعامة الناس من المناصرين للريتالين، بل إن هناك أعداداً منهم يُعمن غير من المناوئين لاستخدامه. كذلك فقد شنت وسائل الإعلام هجوماً شرساً عليه منذ نهايات عقد الثمانينيات من القرن الماضي وخلال عقد التسعينيات وذلك من خلال العروض التليفزيونية المختلفة بالقنوات المتعددة، وفي البرامج الإخبارية الصباحية والمسائية. وقد تراوح النقد الموجه له بين البسيط إلى الحاد الذي وصل إلى الأطباء حيث رأى البعض أنهم أي الأطباء يريمن غير أن يتحكموا في الأطفال وفي سلوكهم، وأن يجعلونهم كالدمى.

هذا وقد لجأ بعض النقاد المتطرفين إلى القضاء لرفع دعاوى قضائية ضد استخدام الريتالين مدعين أن شركات الأدوية، ونقابة الأطباء النفسيين، والمنظمات الوالدية قد تواطأوا جميعاً في سبيل زيادة مبيعات الريتالين رغم علمهم بما أسفرت عنه نتائج البحوث المختلفة وما كشفت عنه من أدلة سيئة تتعلق به.

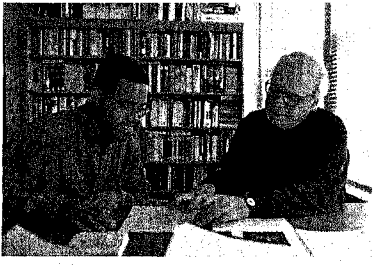
الأدلة التي كشفت عنها البحوث:

تناولت العديد من الفرق البحثية على مستوى العالم دراسة تلك الآثار التي تخلفها العديد من العقاقير الطبية على اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد، وقد تم التركيز في غالبية البحوث التي تم إجراؤها في هذا الإطار على الريتالين. ويعرض الجدول التالي مبادئ التدخل التي تتبع لعلاج هذا الاضطراب.

جدول (4-1) مبادئ التدخل لعلاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد عند فيفنر وباركلي Pfiffner & Barkley

مبادئ التدخل العلاجي

1. يجب أن تكون القواعد والتعليمات واضحة ومختصرة، ويتم تقديمها أو عرضها بأساليب مختلفة.
2. يجب أن تظهر النتائج بسرعة وعلى نحو فوري.
3. أن تكون النتائج قوية وذات أهمية.
4. أن يتم اللجوء إلى درجة مرتفعة من الإثارة والحفز.
5. أن يكون التدعيم أساسياً في برنامج التدخل.
6. أن يكون هناك توقع للانتقال بين الأنشطة أو التجول داخل الفصل، أي توقع لتلك النتائج التي يمكن أن تحدث على أثر ذلك.



الفاعلية: Effectiveness: على الرغم من الدعاية السلبية للريتالين في وسائل الإعلام فإن هناك العديد من المختصين يفضلون استخدامه على ما عداه. هذا وقد أسفرت نتائج دراسات عديدة كما يشير إيفانز وآخرون Evans et.al. (2001) وفورنيس وآخرون Forness et.al. (1999) وكرينشاو وآخرون Cren-shaw et.al. (1999) وباركلي Bark-ley (1988) عن وجود أثر إيجابي له

في مساعدة التلاميذ على الكف السلوكي وأداء الوظائف التنفيذية مما يكون من شأنه أن يجعل سلوكهم عادياً. وفضلاً عن ذلك فإن الريتالين لا يؤدي إلى الحصول على تقديرات أعلى في تلك المقاييس التي يجيب الآباء والمعلمون عنها فحسب، بل يؤدي كذلك إلى تحسين مستوى التحصيل الأكاديمي والسلوك داخل الفصل كتدوين الملاحظات، والسلوك المتبع أثناء أداء المهمة، والدرجات التي يحصلون عليها في الاختبارات القصيرة، ومعدل إكمال الواجبات المنزلية، والأعمال اللغوية المكتوبة.

وعلى الرغم من وجود العديد من الأدلة التي تكشف عن فعالية الريتالين وغيره من العقاقير الطبية التي تستخدم في هذا الصدد فقد قرر المعهد القومي للصحة النفسية NIMH أن يقوم بدور في هذا الإطار على نحو أكثر أماناً فقرر إجراء دراسة موسعة وشاملة ودقيقة حول الآثار الصحية والسلوكية لذلك العلاج حتى يقرر ما سوف يفعله بعد ذلك. وقد كشفت النتائج التي أسفرت عنها هذه الدراسة عن فعالية الريتالين في هذا الصدد (Evans,et al , 2001).

الآثار الجانبية وغير المستجيبين للعلاج: Nonres ponders and Side Effects الريتالين من المعروف أن لا يعد فعالاً لجميع الأفراد على السواء حيث أن حوالي 30% تقريباً من الذين يتعاطون جرعات منه لم يأتوا بعد بالاستجابات المفضلة كما يشير سبنسر وآخرون (1996) Spencer et.al.. وفضلاً عن ذلك فإنهم قد يتعرضون كما يرى دوبول وآخرون (1998) DuPaul et.al. لبعض الآثار الجانبية التي تنجم عنه ومن بينها الأرق، وفقد الشهية للطعام، وحدوث آلام في المعدة، والصداع، وسرعة الغضب أو الانفعال. كما أنه قد يسبب بالنسبة لعدد محدود جداً من الحالات حدوث بعض اللزمات، أو حدوث زيادة في شدة تلك اللزمات لأولئك الذين تكون مثل هذه اللزمات موجودة لديهم بالفعل. كما أن هناك بعض الحالات التي يمكن أن تتعرض لآثار ارتدادية يظهر الطفل خلالها حدة في الطبع عندما يقترب أثر الريتالين على الانتهاء. إلا أن تلك الآثار الجانبية التي يمكن أن تترتب على الريتالين تكون في الغالب ذات مستوى بسيط، ويمكن السيطرة عليها إذ نجد مثلاً بالنسبة لأكثر اثنين من تلك الآثار الجانبية تكراراً وشيوعاً وهما الأرق وفقد الشهية للطعام أن التغلب عليهما يتمثل بطبيعة الحال في عدم تعاطي الريتالين قريباً من وقت تناول الطعام أو النوم. أما بالنسبة للآثار الارتدادية أو النكوصية فإن بعض الأطباء يرى ضرورة وجود فترة راحة من تعاطي الريتالين حتى لا تحدث مثل هذه الآثار.

إساءة استخدام العقاقير: Drug Abuse هناك اعتقاد خاطئ بأن تعاطي الريتالين من جانب الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يجعل من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يسيئوا استخدام العقاقير الطبية مثل الماريجوانا والكوكانيين وذلك حال وصولهم إلى مرحلة المراهقة أو الرشد. ومع ذلك فإن الأدلة على هذا الأمر ليست قاطعة بالمرة. وفي الواقع توجد أدلة على أن هؤلاء الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب والذين تعاطوا الريتالين في طفولتهم يكونون من الأقل احتمالاً بالنسبة لهم أن يلجأوا إلى تلك العقاقير المحظورة أو غير المشروعة أثناء مراهقتهم. ويرى البعض أن أولئك الأطفال الذين لم يتم علاجهم باستخدام الريتالين ربما يلجأون إلى عقاقير أخرى في سبيل تحقيق راحة البال أو البهجة.

الاحتياطات المتعلقة بالريتالين:

على الرغم من أن البحوث التي أجريت على الريتالين قد كشفت عن فعالية وإيجابيه في زيادة معدلات السلوك الملائم فلا تزال هناك بعض الاحتياطات التي ينبغي أن ننتبه إليها هي:

1. أنه لا يجب اللجوء إلى الريتالين مع ظهور أول إشارة على وجود مشكلة سلوكية، بل ينبغي في ذات الوقت ألا يتم ذلك كما يشير ويلينز وبيدرمان (1992) Wilens & Biederman إلا بعد إجراء تحليل دقيق لسلوك الطفل ومحيطه البيئي حيث يتضاعف استخدام المثيرات السيكلوجية كعلاج لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ما بين كل أربع إلى سبع سنوات وذلك منذ عام 1971. وفضلاً عن ذلك فإن معدلات تعاطي الريتالين أو استخدامه تتباين كثيراً من قطر إلى آخر فيتم استخدامه في الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال كما يرى آيسيويلي (1998) Icewley بمعدل يزيد عن عجز معدل استخدامه في كل بريطانيا واستراليا. وعلى الرغم من أن انخفاض معدلات استخدام الريتالين في أقطار أخرى تدل على أن العديد من الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب لم يتم علاجهم على نحو جيد، وأنه من الأكثر احتمالاً أيضاً أن نجد أن بعضهم على الأقل حتى في الولايات المتحدة الأمريكية يتم علاجه على نحو غير مناسب وذلك على غير ما يمكن أن يتوقعه الكثيرون في هذا الصدد.
2. على الرغم من أن نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا الإطار قد كشفت عن فعالية الريتالين في الكف السلوكي والقيام بالوظائف التنفيذية فإن ما يتعلق من هذه النتائج بالعائد الأكاديمي أو التحصيل يعد غير قاطع أو حاسم. ورغم تطوير العديد من المقاييس التربوية المهمة مثل ما يتعلق منها بإنهاء الواجبات ودقتها فإن أثر الريتالين على الاختبارات التحصيلية كما يشير فورنيس وآخرون (1999) Forness et.al. يعد أقل من ذلك بكثير. وعلى ذلك يجب ألا يفترض المعلمون أن الريتالين سوف يجدي في كل المشكلات الأكاديمية التي يمكن أن يواجهها مثل هؤلاء الأطفال.
3. ينبغي أن يقوم الأطباء والمعلمون والآباء كما يرى هيل وآخرون (1998) Hale et.al. بملاحظة مستوى الجرعات المعطاة على نحو دقيق كي تكون الجرعة فعالة من غير أن تكون قوية جداً حيث من المعروف أن مستوى الجرعات يتباين على نحو كبير من طفل إلى آخر.
4. ينبغي ألا يؤثر المعلمون والوالدان في الأطفال بجعلهم يعتقمن غير أن الدواء يعد بديلاً للمسؤولية الشخصية والمبادرة الذاتية.
5. ينبغي ألا ينظر الوالدان والمعلمون إلى الريتالين أو يصورونه على أنه دواء لكل الأمراض Panacea بل يجب عليهم هم أنفسهم أن يتحملوا مسؤوليتهم تجاه هؤلاء الأطفال، وأن يقدموا المبادرات المختلفة من جانبهم بما يعود بالنفع على الأطفال.
6. يجب أن يتذكر الوالدان والمعلمون أن الريتالين ما هو إلا مادة تتطلب أن يكون هناك سيطرة عليها فلا يجربها الطفل أو غيره من الأخوة أو الأقران.

7. يُعد التواصل بين الوالدين والطبيب والمعلمين والطفل نفسه مفتاحاً أساسياً للاستخدام الفعال للريتالين.

التدخل المبكر Early Intervention:

يُعد تشخيص الأطفال الأصغر سناً الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد أمراً صعباً لأن العديد من الأطفال الذين لا يعانون منه يميلون إلى إظهار كم كبير من النشاط الحركي إلى جانب نقص في ضبط إندفاعيتهم. ولنفس السبب الذي يعد في ضوئه كلاً من النشاط الزائد والاندفاعية من جانب الأطفال الأصغر سناً أمراً طبيعياً نسبياً يصعب السيطرة على الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة الذين يعانون من هذا الاضطراب، وبالتالي يمثل هؤلاء الأطفال في هذه السن تحدياً كبيراً لوالديهم ومعلميهم (Posner, Pressman, Grennhill, 2009).

ونظراً لحدة أعراض الاضطراب التي تبدو على أولئك الأطفال الذين يتم تشخيصهم على أنهم مضطربون وذلك في مرحلة ما قبل المدرسة يصبح من المهم أن نلجأ إلى العديد من الأشياء ذات الأهمية في هذا الصدد كالمبادئ التربوية المتبعة في سبيل تنظيم وترتيب الفصل، وتعليمات المعلم، والتقييم السلوكي الوظيفي، والإدارة المشروطة للذات. ويجب أن نضع في اعتبارنا أن العديد من الأطفال العاديين لا تتطور لديهم مهارات إدارة الذات على نحو كامل وهو الأمر الذي يفرض علينا أن نلجأ إلى استخدام العديد من الشروط لهذا الأمر وذلك على شكل مديح، أو نقاط، أو مكافآت ملموسة. (Campbell &Von Stauffen-berg, 2009; Walcott, Scheemaker, &Bielski, 2009)

وعندما نجد أن أطفالاً بمرحلة ما قبل المدرسة يعانون من هذا الاضطراب مع وجود مستويات مرتفعة من العدوانية لديهم فإننا سنجد في تلك الحالة كما يشير شيلتون وآخرون .Shelton et.al (2000) أنه حتى اللجوء إلى إجراءات التدخل المبكر المكثف معهم بما في ذلك اللجوء إلى تلك الفصول عالية الترتيب والنظام مع استخدام العديد من الشروط اللازمة لذلك فإن هذا الأمر لن يؤدي سوى إلى تحسن محدود لا يستمر طويلاً وذلك في الجانبين السلوكي والأكاديمي، بمعنى أنه ليس من المحتمل حتى بالنسبة للتدخل المبكر مرتفع الجودة أن يؤدي بالأطفال إلى الشفاء الكامل من أعراض هذا الاضطراب أو من العدوانية الشديدة المصاحبة وهو الأمر الذي يعكس حقيقة مهمة تتمثل في أن مثل هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى برامج طويلة المدى من هذا القبيل.

الانتقال إلى مرحلة الرشد Transition to Adulthood:

افترض المختصون منذ وقت ليس ببعيد أن أعراض هذا الاضطراب تقل خلال مرحلة المراهقة، وعادة ما تختفي تماماً في مرحلة الرشد. ولكن الدراسات التي أجريت في هذا الإطار قد كشفت كما يرى فاراوان ودويلي (2001) Faraone & Doyle عن أن حوالي ثلثي الأفراد الذين تم تشخيصهم في طفولتهم يعانون من الاضطراب قد استمرت لديهم الأعراض الدالة عليه حتى خلال مرحلة رشدهم. ومع زيادة الوعي بهذا الاضطراب من قبل الجمعيات العلمية إلى جانب وسائل الإعلام استمر تشخيص هذا الاضطراب بين الأشخاص حتى خلال مرحلة الرشد. كما أن الدراسات القديمة التي

تناولت معدلات انتشاره قد كشفت عن أن مثل هذه المعدلات تتراوح بين 4-5% تقريباً وهو ما يعكس معدلات تعد هي نفس معدلات انتشاره خلال مرحلة الطفولة تقريباً. (Ramsay, 2010)

تشخيص الاضطراب في مرحلة الرشد:

يُعد تشخيص مثل هذا الاضطراب خلال مرحلة الرشد من الأمور الجدلية التي كثيراً ما شهدت مداً وجزراً. إلا أنه نظراً لذلك الاعتقاد الذي ساد طويلاً حول عدم استمرار ذلك الاضطراب خلال مرحلة الرشد فليس هناك تاريخ طويل لتلك البحوث التي تدور حول هذه النقطة خلال هذه المرحلة العمرية. ومع ذلك فقد بدأ المختصون مؤخراً في إحراز تقدم ملحوظ في تشخيص وعلاج ذلك الاضطراب خلال مرحلة الرشد، إلا أنه نظراً لعدم وجود مقياس أو اختبار محدد لهذا الاضطراب فقد وجد الباحثون والمختصون أن التاريخ المرضي للفرد له أهميته القصوى في هذا المضمار وهو الأمر الذي صورته إحدى الفرق البحثية في إحدى الدراسات التي قامت بإجرائها (Hallowell & Ratey, 1994) بأنه ذلك الأسلوب القديم المتبع في الطب حيث يتحدث الطبيب إلى المريض موجهاً إليه بعض الأسئلة، ويستمع بالتالي إلى إجابته ويستنبط النتائج من خلالها مما يساعده على الوصول إلى القرار المناسب. ومع أننا أصبحنا في الوقت الراهن لا نثق في أي إجراء طبي لا يقوم على التكنولوجيا الحديثة فإن تشخيص هذا الاضطراب لا يزال يعتمد كلية على إتباع الإجراءات الطبية البسيطة في هذا الصدد والتي تتمثل في التعرف إلى تاريخ الحالة، وإن كان الأمر لا يخلو رغم ذلك من استخدام التكنولوجيا وخاصة في سبيل التعرف على أوجه القصور بالمخ. ولكن يظل أفضل اختبار تشخيصي لهذا الاضطراب مع ذلك كما يرى هالويل وراتي Hallowell & Ratey (1996) هو ذلك الاختبار القديم الذي يقوم على التعرف الدقيق إلى التاريخ المرضي للفرد وهو الأمر الذي يجب أن تتم معرفته من شخصين اثنين على الأقل هما المريض من ناحية وأحد والديه أو أحد أصدقائه من ناحية أخرى.

وإلى جانب ذلك فقد لجأ الأطباء إلى استخدام بعض الإرشادات التي يمكن أن يستعينوا بها في سبيل التوصل إلى تشخيص دقيق للحالة في هذه المرحلة العمرية الكبيرة.

النتائج المترتبة على الاضطراب في مرحلة الرشد:

من الملاحظ أن العديد من الراشدين الذين يعانون من هذا الاضطراب يعانون من بعض الاضطرابات الأخرى كما يرى فاراوان وآخرون Faraone et.al. (2000) ومن أمثلتها الاضطرابات السلوكية، والقلق، والاكتئاب، كما أنهم كثيراً ما يجربون الفشل في المدرسة، ويواجهون مشكلات جمة في عملهم إلى جانب التعرض للعديد من حوادث السيارات وذلك قياساً بالراشدين الذين لا يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد. وفضلاً عن ذلك فإن الراشدين الذين يعانون كذلك من أي حالة مرضية أخرى متزامنة كالاكتئاب أو العدوان على سبيل المثال يميلون على أن يحصلوا على نتائج أقل إيجابية لما يقومون به من أعمال وذلك قياساً أيضاً بأقرانهم الذين لا يعانون من أي حالة مرضية متزامنة. وعلى الرغم من أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب

الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد يعمن غير أكثر عرضة للنتائج السلبية في أعمالهم فمن المهم أن نشير إلى أن العديد منهم قد حققوا نسبة مرتفعة من النجاح في وظائفهم، كما أن العديد منهم أيضاً قد حققوا نجاحاً في زيجاتهم وكونوا أسراً سعيدة.

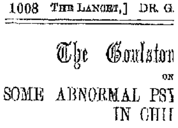
الوظيفة (المهنة): يعد اختيار تلك المهنة التي تبرز جوانب قوة الفرد إلى حدها الأقصى وتختفي معها نواحي عجزه أو تصل إلى حدها الأدنى أحد المفاتيح الأساسية التي يتوقف عليها النجاح في المهنة بالنسبة لكل الأفراد بوجه عام ولأولئك الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد على وجه الخصوص حيث يتوقف النجاح المهني للفرد على متابعته لتلك المهنة التي تشبع حاجاته البنائية في مقابل الاستقلالية. وإذا كان الفرد لديه حاجات وميول بنائية يصبح من المفضل بالنسبة له أن يبحث عن مهن تتعلق بالتنظيم مع وجود مشرفين لتوجيهه يتسمون بفهمهم الواعي لطبيعة هذا الاضطراب. أما أولئك الذين يجمن غير أن مثل هذه الميول البنائية قاصرة ومقيدة لهم يصبح عليهم في الواقع أن يبحثوا عن بيئات عمل تتسم بالمرونة والتنوع وتسمح لهم كذلك بالاستقلالية (Hallowell & Ratey, 2006).

الزواج وتكوين الأسرة: نظراً لوجود عدد من السمات التي ترتبط بهذا الاضطراب والتي لا يشترط أن تتوافر جميعها لدى نفس الفرد في ذات الوقت فإن موروفي Murphy (1998) يرى أن أزواج وزوجات أولئك الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب – وهو الأمر الذي يجب ألا نستغرب منه – يشكون من عدم إنصات أولئك الأفراد لهم ولما يدور حولهم، وانشغالهم الدائم، وكثرة النسيان من جانبهم، وعدم ثباتهم على شيء معين، والفوضى الكثيرة التي يحدثونها، وما إلى ذلك. ومن جانب آخر يشير ويس وآخرون Weiss et.al. (2000) إلى أنه يمكن أن تكون لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد آثاره السلبية على الأسرة بأكملها حيث أن الآباء التي يعانون منه يجمن غير من الصعب عليهم أن يقوموا بإدارة الحياة اليومية لأطفالهم إذ يذكر أحد الآباء في هذا الصدد أنه لا يتذكر ما إذا كان يستخدم فرشاة الأسنان لتنظيف أسنانه وهو صغير أم أنه لم يكن يستخدمها، وأنه لا يستطيع أن يتذكر في الوقت الراهن أن يطلب من ابنه أن يقوم باستخدام الفرشاة لتنظيف أسنانه هو الآخر.

ويرى العديد من المختصين أن أول خطوة يجب أن تتوافر في سبيل علاج هذا الاضطراب ينبغي أن تتمثل في معرفة كل أعضاء الأسرة بتلك الحقائق التي ترتبط به. ونظراً لأن هذا الاضطراب يعد شأناً أسرياً فإن أعضاء الأسرة جميعاً ينبغي أن يشاركوا في عملية العلاج حيث يرى هالويل وراتي Hallowell & Ratey (1996) أن هذا لاضطراب على العكس من بعض المشكلات الصحية الأخرى يلمس كل فرد في الأسرة وذلك بطريقة يومية ذات مغزى فنجده يؤثر من ناحية في تلك السلوكات التي تحدث في الصباح الباكر كجانب من سلوكات الفرد التي تصدر عنه، ويؤثر أيضاً في السلوكات التي تتعلق بمائدة الطعام، كما يؤثر من ناحية أخرى في تلك السلوكات التي تتعلق بقضاء الإجازة ووقت الفراغ. وعلى ذلك فإن كل فرد في الأسرة يجب أن يمثل جزءاً من حل هذه المشكلة مثلما كان يمثل جزءاً منها كمشكلة. ويعرض الجدول التالي لخمس وعشرين نصيحة يمكن اتباعها في سبيل

التغلب على هذا الاضطراب بين الزوجين وذلك عندما يعاني أحدهما منه. ومع تزايد معدلات الطلاق وزيادة أعداد الأسر ذات الوالد الواحد في الولايات المتحدة الأمريكية أصبح العديد من هذه النصائح ضرورياً وذات أهمية كبيرة حتى لعامة الناس.

علاقات الرفاق (النظراء): بريتني ساندرز Brittany Sanders


1008 THE LANCET,] DR. G.

The Goulston

ON

SOME ABNORMAL PSY

IN CHII

شُخّصت حالة بريتاني ساندز بأن لديها عجز انتباه ونشاط حركي زائد في الصف الرابع. نشأت في مقاطعة لويزا. تدرس ريتاني حالياً في كلية بينيت Bennett النسائية في نورث كالورانيا وسوف تتخرج بشهادة في التربية الخاصة في عام 2011. تقضي الصيف في تشارلتسفيل Charlottesville في فرجينيا. وهي تدرس في معسكر علاجي للأطفال الصغار المعاقين.

ماذا تفعلين من أجل الترفيه والمتعة؟

أحب قضاء وقت مع أصدقائي. نستمتع في الذهاب لوسط البلدة والمتنزهات. وأحب كذلك لعب البولنج مع الأصدقاء، ونحب الذهاب في رحلات معاً.

ما هو أسلوبك المفضل في الاسترخاء؟ أودّ القول أن قضاء كامل الوقت مع نفسي يجعلني أشعر بالاسترخاء. أُحب أن يكون هناك "وقت" خاص بي حيث لا يوجد أحدٌ بجواري.

ما هو الشيء الذي تتميزين وتبدعين فيه؟

العمل مع الأطفال. أحب العمل مع الأطفال وخاصة الأطفال ذوي الإعاقات.

ما هو الصوت المزعج لدى الكثير من أنواع أصوات المجنونه. أول شيء مزعج عندما يُصّدر الناس أصواتاً وهم يأكلون. كذلك لا أحب ذلك عندما يقول شخص ما الشيء نفسه لي مراراً وتكراراً. وأيضاً، الناس غير القادرين على اتخاذ قرار، فهم يزعجونني جداً.

هل تتذكرين معلمة بالتحديد له تأثير إيجابي في حياتك؟

نعم، المعلمة الجديدة في المدرسة الثانوية. كان اسمها ستيبي Steppe وكانت مسؤولة البرنامج الذي كنت فيه مع طالبات أخريات من اللواتي كنّ يرغبن في أن يُصبحن معلمات. لقد كانت أكثر من مجرد معلمة، كانت كصديقة – كنا نخبرها بأيّ شيء وكانت تستمع ولم تقدمنا أبداً للمساءلة.

هل هناك آخرون (مشاهير، أفراد من العائلة) يمكنك اعتبارهم نموذجاً يحتذى له دور؟ لماذا هم يُعمن غير نموذج للدور بالنسبة لك؟

أمي – كانت دائماً هناك من أجلي، وخاصة في السنة الجامعية الأولى. لم يكن عطائي جيداً، إلاّ أنها ما تزال تدعمني، وتُساعدني في اجتياز الأوقات الصعبة. لم تكن الحياة سهلة في الغالب، ولكن كانت متواجدة هناك. أنها تعد مرشدة صحية عقلية وكذلك عندنا أموراً مشتركة بحيث أن كلينا يحب مساعدة الآخرين.

ما هو أصعب شيء بالنسبة لوجود إعاقة؟

عندما كنت صغيرة، كانت هناك مشكلات جمّة. أتذكر عدم قدرتي على البقاء ثابتة. إذ لم أستطع الجلوس على مقعدي. كنت دائماً هناك عند مبراة أقلام الرصاص أو أقوم بشيء ما. عندما بلغت العاشرة أصبحت أستطيع الجلوس على المقعد وأبدوا مركّزة. غير أنني مررت بأوقات صعبة عند التركيز. أحياناً كان الأمر يبدو أنني منتبهة، غير أن عقلي كان تائهاً. كنت كذلك أنسى الأشياء كثيراً وهذا ما يزعجني كثيراً، ولكن الأمر ليس بمقدوري أحياناً. أتناول الآن أديرال Adderall ولكن عندما لا أتناوله أشعر بالفرق بالتأكيد. وتعلّمت أيضاً الرقابة الذاتية.

هل ترين أن إعاقتك تؤثر في قدرتك على تحقيق ما تطمحين في الوصول إليه في حياتك؟

لابد أبداً، فأنا مازلت اجتماعية جداً. صديقي يسبب لي أحياناً متاعب لأنني غير مركّزة تماماً وأنسى الأشياء، ولكن تعلّم هو وأصدقائي كيف يقبلونني.

هل أثّرت إعاقتك على علاقاتك الاجتماعية؟ وإذا كان الأمر كذلك كيف كان ذلك؟ لا، إنني أستطيع القيام بأي شيء يمكن للآخرين القيام به.

هل هناك فوائد لوجود إعاقة قد يندهش الآخرون لمعرفتها؟

لا أعرف. أحاول أن أفعل أفضل ما أستطيع، ولكن لا أنجح دائماً، غير أن الأكثر أهمية أنني دائماً ودائماً أحاول.

كيف تعتقدين بأن الآخرين يفهمونك؟

أنا سعيدة جداً. أضحك كثيراً وأنا اجتماعية كثيراً. وكشخص سوف يفعل أيّ شيء لأي إنسان آخر فإنني آمل أن تكون هذه الكيفية التي يفهمني بها الآخرون.

ما هو الشيء الذي ترغبين أن يعرفه الآخرون عنك؟

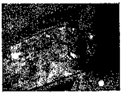
أحب الفتيات المرشدات. أعتقد أنه برنامج عظيم. بدأت عندما كنت في المدرسة الابتدائية في براوني Brownie وشاركت في فرق المرشدات طوال اليوم حتى أصبحت مسؤولة. أحب أن يكون لدى فريق مرشدات الكشافة الخاص بي في وقت قريب.

لو سمحت اكملي الفراغات التالية: لم أستطع العيش بمن غير .....

عائلتي. كانت العائلة فتقبلني جداً وتتقبل حقيقة أن عندي عجز انتباه ونشاط حركي زائد. وكانت أمي على الدوام تتأكد من أنني أحصل على أفضل رعاية ممكنة.

كيف ترين نفسك بعد 10 أعوام من الآن؟

أرى نفسي متزوجة وعندي أطفال. وآمل أن أكون مدرسّة لشخص ما في مكان ما، ربّما في المدرسة الابتدائية. أحب العودة إلى نورث كارولينا.



ملخص الفصل (SUMMARY):

ما هي الأصول التاريخية لعجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد ADHD؟

في منتصف القرن التاسع عشر، كتب الدكتور هنريك هوفمان Dr. Heinrich Hoffman أنشوده حول فيدجتي فيليب Fidgety Philip وقصة جوين هيد في القضاء Johnny Head.

في عام 1798م كتب السير الكسندر شرشتون Alexander Chrichton بحثاً حول اضطرابات الانتباه.

كتب الدكتور جورج ف. ستيل George F. Still عام 1902 عن الأطفال الذين أشار إليهم بأن لديهم "خلل في السيطرة الأخلاقية".

في الثلاثينيات كتب كورت غولدشتاين Kurt Goldstein عن الجنود المصابين بالرأس في الحرب العالمية الأولى.

في الثلاثينيات والأربعينيات كتب كل من هنز ورنر Heinz Werner والفرد ستراوس Alfred Stranss عن الأطفال ذوي الإعاقات العقلية والذي يُعتقد بأن عندهم إصابات دماغية تم الإشارة إليها بمتلازمة ستراوس Stranss Syndrome.

في الخمسينيات توسع ويليام كروكشانكس William Cruickshank في أعمال ورنر وستراوس وطبقها على أطفال من ذوي الذكاء الطبيعي.

استخدام المهنيون في الخمسينيات والستينيات عبارة "إصابة دماغية بسيطة" للإشارة إلى الأطفال الذين لهم ذكاء طبيعي ولكنهم غير منتبهين ومندفعين Impulsive و/أو عندهم نشاط زائد.

في الستينيات والسبعينيات أصبحت عبارة متلازمة النشاط الزائد شائعة.

ما هو التعريف الحالي لعجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد؟

يعتمد معظم المهنين على تشخيص الرابطة الأمريكية والكراسة الإحصائية للاضطرابات العقلية في تعريف عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد حالياً، يقسم الدليل الأفراد إلى ما يأتي:

1. عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد – النوع السائد عدم الانتباه.
2. عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد في الغالب من النوع المندفع ذي النشاط الزائد.
3. عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد من النوع المشترك. من المتوقع أن تنشر الكراسة (الكتيّب) المنقّحة عام 2012م وقد تحتوي على التغيرات المتصلة بإدراك ما يأتي:
   1. كثير من الأفراد على وجه التحديد غير منتبهين مع عدم وجود نشاط زائد.
   2. لا يُظهر بعض الأطفال عجز انتباه ونشاط حركي زائد ADHD حتى سن السابعة.
   3. غالباً ما يكون لدى الكبار أعراض أقل من الأطفال.

ما مدى انتشار عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد ADHD؟

تذكر أفضل التقديرات أنها بين 3-7% في فئة سنّ الدخول للمدرسة عندهم عجز انتباه ونشاط حركي فقط.

يزيد عدد الأطفال الذكور الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد عن الفتيات، المرجح كثيراً أن ذلك يُعزى للفروق البيولوجية وربما لبعض التحيزات في الإحالة.

ما هي طرق التقييم التي يستخدمها (المهنيون) لتحديد الأفراد الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد؟

يستخدم المهنيون عادة أربعة طرق للتقييم وهي:

1. فحص طبي.
2. مقابلة عيادية.
3. مقاييس تقييم يقوم بها المعلم والأهل .
4. الملاحظات السلوكية. يمكن أن تتم الملاحظات السلوكية في الغرفة الصفية و/أو في مكتب العيادة.

ما هي مسبّبات عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد؟

ميّزت دراسات الصور العصبية خمسة مناطق في الدماغ يمكن أن تتأثر في الناس الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد وهي: فصوص الجبهة والفصوص الأمامية، والكتل العصبية القاعدية والمخيخ والجسم الثفني Corpus Callosum.

إن فصوص الجبهة والفصوص الأمامية مسؤولة عن الوظائف التنفيذية، أو القدرة على تنظيم سلوك الشخص.

الكتل العصبية القاعدية والمخيخ منخرطة في التنسيق والسيطرة على السلوك الحركي.

يربط الجسم الثفني Corpus Callosum الجزء الأيمن والأيسر من الدماغ ويعمل كممر للإشارات العصبية بينهما.

أظهرت الأبحاث وجود عدم توازن في كل من المرسلتين العصبيتين: الدوبامين والنورنيفرين Dop-amine and Norepinephrine.

تشير الدراسات العائلية والدراسات عن التوائم ودراسات الجزيئية الجينية Molecular Genetic بأن الوراثة قد تكون سبباً مهماً من أسباب عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد.

ما هي الخصائص النفسية والسلوكية للطلبة الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد ADHD؟

تشير نظرية باركلي Barkley حول عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد للمشكلات مع:

1. الضبط السلوكي.
2. الوظيفة التنفيذية.
3. الوعي بالوقت وإدارته.
4. سلوك عجز موجه للهدف مستمر.

يوجد لدى الناس الذين عندهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد غالباً مشكلات في السلوك التكيفي وفي علاقاتهم مع النظراء.

أحياناً تتعايش ظروف مختلفة مع عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد صعوبات تعلم ومشكلات سلوكية عاطفية مثل الاكتئاب والتوتر (القلق).

هناك خطر على الناس الذين عندهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد يتعلق بمشكلات إساءة استعمال المواد.

ما هي بعض الاعتبارات التربوية للمتعلمين الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد؟

برنامج تربوي جيد للطلاب ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد يشتمل على درجة عالية من البنية الصفية والأنشطة التي تقام بتوجيه المعلم.

برنامج تربوي جيد للطلاب ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد يتضمن تقييماً وظيفياً وإدارة ذاتية تعتمد خطة الطوارئ.

تقييم سلوكي وظيفي FBA يتضمن تحديد النتائج وما يسبقها ووضع وتحديد الأحداث التي تحافظ على السلوكات غير المناسبة.

مثل هذه المناهج (الطرق) قد تشتمل أيضاً على الرقابة الذاتية أو برامج الإدارة الذاتية، مع طلاب يسجلون سلوكاتهم الخاصة.

ما هي بعض الاعتبارات العلاجية للطلبة ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد؟

المثيرات النفسية مثل الريتالين Ritalin تُوصف كثيراً؛ وكذلك يوصف أحياناً ستراتيرا Strattera وهو غير محفز.

تشمل الدراسات العلمية دراسة طويلة المدى يرعاها (المعهد الوطني للصحة العقلية) وتدعم فعالية العلاج، وتفضل معظم الهيئات المهتمة بعجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد استخدامه.

هناك بعض المحاذير حول العلاج وهي أن بعض الناس غير متجاوبين، ينبغي مراقبة مستويات الجرعات بدقة، وتظهر على بعض الناس آثار جانبية (رغم أن هذه الآثار غير خطيرة). لا يجب أن نشجع الأطفال على اعتبار الدواء كبديل للسيطرة السلوكية الذاتية الدافع، وأن الدواء يجب أن لا يكون الرد الأول على السلوك الإشكالي.

كيف يقيم المهنيون التقدم في، والانتباه والسلوك لطلاب لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد؟

يمكن استخدام قياس يعتمد على المنهاج لتقييم مدى التقدم في الشؤون الأكاديمية والانتباه والسلوك.

إن العينات الزمنية الخاطفة مفيدة على نحو خاص في تقييم التقدم السلوكي.

تشمل تسهيلات الاختبار غالباً إدارة مجموعة صغيرة أو إدارة فردية في مكان هادئ، وإعطاء وقت كاف، واستراحات من وقت لآخر.

ما هي بعض الاعتبارات فيما يتعلق بالتدخل المبكر للطلاب ذوي عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد؟

إن تشخيص عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد في الطفولة المبكرة صعب، يعود ذلك جزئياً إلى أن الأطفال الصغار جداً عادة عندهم فترات تركيز وانتباه قصيرة وهم نشيطون حركياً.

إن مبادئ التقييم السلوكي والإدارة الذاتية وخطة الطوارئ مهمة لأطفال ما قبل المدرسة الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد.

لأن الأطفال الصغار عادة لا يوجد لديهم مهارات إدارة ذاتية، فإن أموراً غير متوقعة المديح والنقاط والجوائز المحسوسة أمور هامة.

ما هي بعض الاعتبارات المهمة فيما يتعلق بالانتقال لمرحلة الشباب للطلبة الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد؟

إن التاريخ السريري الدقيق مهم في تشخيص عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد لدى الكبار.

رغم أن الأمور الشاذة موجودة، فإن الكبار الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد يميلون إلى أن يكون لديهم نتائج إيجابية أكثر من الناس عموماً فيما يتعلق بالتوظيف، والزواج والعائلة والرفاه الاجتماعي.

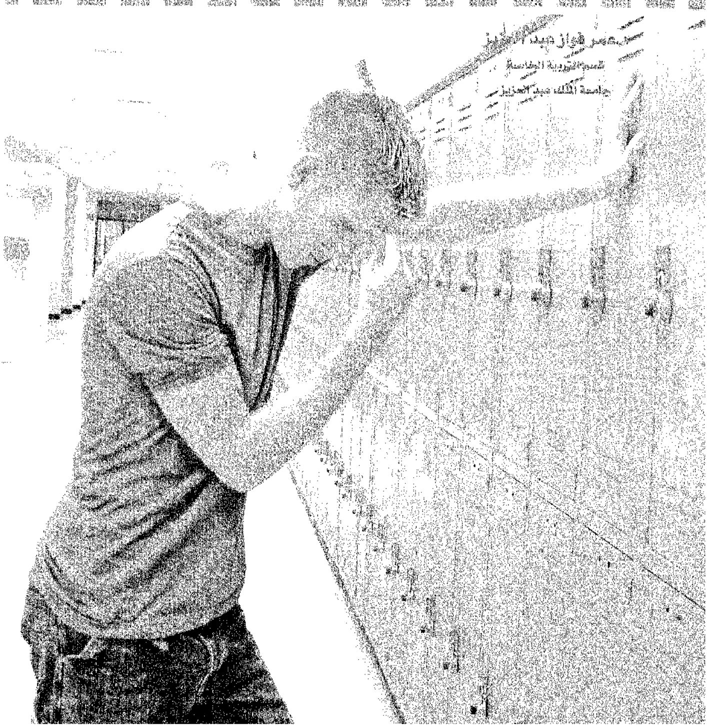
التدريب أسلوب علاجي غالباً ما يُوصى به لكبار الذين لديهم عجز انتباه ونشاط حركي زائد.

5

الطلبة ذوو الاضطرابات
السلوكية أو الانفعالية

Learners With Emotional or Behavioral Disorders

عمر فواز عبد العزيز
قسم التربية الخاصة
جامعة الملك عبد العزيز



لقد كان دائما من الصعب بالنسبة لي أن يكون لي أصدقاء. أنا أريد الأصدقاء، ولكن لا أعرف كيف أفعل ذلك. إنا دائما أعتقد أن الناس يظهرون الجدية في صداقتهم معي عندما نجلس معا ويبدؤون بالمزاح، ولكنني لم أدرك ذلك إلا بعد وقت طويل. أنا لا أستطيع التكيف مع هذا الوضع.

أنا دائما أدخل في مشاجرات مع الناس في كل الأوقات وآخذ ذلك على محمل الجد ولذلك أقع في المشاكلات. أنا لا أتذكر وجود مشكلة عندما كنت جنبا إلى جنب مع الأطفال عندما كنت صغيرة. ويبدو أنهم يشعرون بالأسف علي أو يعتقدوا بأنني غريب. لقد كنت أهرب من الأطفال وأختبأ في الحمام أو تحت مكتبي في المدرسة.

بعد عودتي من المستشفى، حقا أنا لا أستطيع التواصل مع أي شخص عندما بدأ الأطفال بمناداتي "يا متخلف". وأنا لست متخلفا، ولكن بدأ يختلط علي الأمر ولم أستطع إدراك ما يحصل لي.

في البداية لم أتمكن من معرفة ما كانوا يقولونه لي. أخيرا أصبحت لي صديقة في فصل التربية الخاصة حيث اهتمت بي. كانت لي صديقة أخرى لطيفة معي في الصفوف العليا. ولكن أفضل صديقة لي هي كلبتي (سندي) رغم مروري بأوقات صعبة كانت دائما تظهر لي المحبة.

أحب دائما اللعب مع نفسي واختلق قصصا وتخيلات. أمي تقول أن هذا الوضع سيء جدا وصعب عندما أبدأ بالكتابة، لأنه مع تخيلاتي وكل القصص التي صنعتها في مخيلتي أستطيع أن أكتب بها كتابا.

يتوقع بعد قراءتك لهذا الفصل أن تعرف الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- ماهي المصطلحات المستخدمة في وصف المضطربين سلوكيا وانفعاليا؟
- ما هوتعريف الاضطراب السلوكي أو الانفعالي؟
- كيف يمكن أن تصنف الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية ؟
- ما هو معدل انتشار الاضطراب السلوكي أو الانفعالي ؟
- ما هي أسباب الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية ؟
- كيف يمكن تحديد وتشخيص الاضطراب السلوكي أو الانفعالي؟
- ما هي أبرز الخصائص للطلاب المضطربين سلوكيا أو انفعاليا؟
- ما هي الاعتبارات التربوية الرئيسة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا؟
- كيف يمكن للمهنيين تقييم التقدم للطلاب المضطربين سلوكيا وانفعاليا؟
- ما هي الاعتبارات الأساسية للتدخل المبكر لدى الطلاب ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية ؟
- ما هي الاعتبارات المهمة في الانتقال إلى مرحلة البلوغ للطلاب ذوي الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية ؟

بعض الاعتقادات الخاطئة والصحيحة حول الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية

الاعتقاد الخاطئ: معظم الأطفال واليافعين المضطربين سلوكيا أو انفعاليا لم يلاحظوا من الناس الذين يتعايشون معهم.

الاعتقاد الصحيح: على الرغم من صعوبة تحديد أنواع وأسباب المشكلات لدى المضطربين سلوكيا أو انفعاليا لكن معظمهم من السهولة التعرف إليهم من خلال سلوكياتهم العدوانية أو الانسحاب الاجتماعي.

الاعتقاد الخاطىء: الطلاب المضطربين سلوكيا أو انفعاليا في العادة هم متميزون في قدراتهم العقلية.

الاعتقاد الصحيح: قليل من الطلاب المضطربين سلوكيا أو انفعاليا قدراتهم العقلية مرتفعة.

الاعتقاد الخاطئ: معظم الطلاب الذين ينظر إليهم من قبل معلميهم كمضطربين سلوكيا أو انفعاليا كانت سلوكياتهم مزعجة للآخرين ولكنها غير مزعجة لهم.

الاعتقاد الصحيح: نشعر بالانزعاج من سلوكات المضطربين سلوكيا أو انفعالياحيث أنه من علامات الصحة النفسية والتكيف الجيد هو أن يتصرف الفرد بطريقة لا تسبب القلق للآخرين.

الاعتقاد الخاطئ: الطلاب المضطربين سلوكيا أو انفعاليا تظهر المشكلات السلوكية لديهم باستمرار.

الاعتقاد الصحيح: تظهر المشكلات السلوكية لدى الطلاب المضطربين سلوكيا أو انفعاليا في كثير من الأحيان (معظم الوقت).

الاعتقاد الخاطئ: معظم الطلاب المضطربين سلوكيا أو انفعاليا يتلقون خدمات التربية الخاصة وخدمات الصحة النفسية.

الاعتقاد الصحيح: لم يتم التعرف إلى الغالبية العظمى من الطلاب المضطربين سلوكيا أو انفعالياوتقديم الخدمات لهم في الوقت المناسب في سن مبكرة سوى 20% منهم فقط.

الاعتقاد الخاطئ: الشباب الذين يظهرون السلوك الاجتماعي الخجول ويعانون من القلق أكثر جدية من الذين يظهرون السلوك العدواني الزائد.

الاعتقاد الصحيح: الشباب الذين يظهرون السلوك العدواني الزائد لديهم فرص أقل في التكيف الاجتماعي والصحة النفسية في سن البلوغ والشباب الذين يعانون من الخجل والقلق لديهم فرص في الحصول على عمل والتغلب على مشاكلاتهم.

الاعتقاد الخاطئ: معظم الطلاب المضطربين سلوكيا أو انفعاليا بحاجة إلى التقبل في بيئة متسامحة.

الاعتقاد الصحيح: تبين البحوث أن وجود البيئة المنظمة للغاية والتي يمكن التنبؤ بها بقوة هو أكبر فائدة لمعظم الطلاب المضطربين سلوكيا أو انفعاليا.

الاعتقاد الخاطئ: الأطباء النفسيون والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون يمكنهم لوحدهم مساعدة الطلاب المضطربين سلوكيا أو انفعاليا في التغلب على مشكلاتهم.

الاعتقاد الصحيح: معظم الآباء والمعلمين يمكن أن يساعدوا أحيانا في تعليم المضطربين سلوكيا أو انفعاليا بدون تدريب واسع أو شهادات مهنية بالرغم من أن كثير من هذه الخدمات تتطلب تدريبا مهنيا عاليا.

الاعتقاد الخاطئ: السلوكيات غير المرغوب فيها ليست إلا أعراضا حقيقة مخفية عميقا في داخل الأفراد.

الاعتقاد الصحيح: الاعتقاد في أسباب خفية لا يوجد له أساس علمي سليم في تفسير السلوكيات غير المرغوب فيها والسلوك في سياقه الاجتماعي ينطوي على أفكار ومشاعر وادراكات.

الاعتقاد الخاطئ: يمكن تفسير جنوح الأحداث والسلوك العدواني المعروف باسم اضطراب السلوك برد فعل من عقوبة قاسية.

الاعتقاد الصحيح: العقوبات القاسية في السجن لم تردع فقط الاضطراب السلوكي ولكنه يخلق سوء حالة تصبح أكثر عرضة لإظهار السلوك غير المقبول.

مما لاشك فيه أن الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا أو انفعاليا لا يتسمون بالقدرة على إقامة علاقات اجتماعية مشبعة مع الأصدقاء أو الآخرين، ومن الطبيعي أن نجد أن بعض هؤلاء الأفراد المضطربين ينسحبون من المواقف والتفاعلات الاجتماعية المختلفة، وأن هناك العديد من الأطفال والمراهقين الذين يحاولون أن ينضموا إليهم وأن يتفاعلوا معهم، إلا أن جهودهم عادة ما تقابل بعدم الاهتمام والرفض من قبل الأفراد المضطربين ويستمر هذا الرفض الهادئ من جانبهم حتى يستسلم أولئك الأطفال ويكفوا عن محاولة جعلهم أصدقاء لهم. ونظراً لأن العلاقات الانفعالية تبنى أساسا على الاستجابات الاجتماعية المتبادلة فإن الناس عادة ما يفقدون اهتمامهم بأولئك الأفراد الذين لا يستجيبون لتلك المبادرات الاجتماعية المقدمة لهم لتكوين هذه العلاقات الشخصية والاجتماعية.

ومن الجدير بالذكر أن العديد من الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية والذين عادة ما ينعزلون عن الآخرين ليس بسبب انسحابهم من المواقف الاجتماعية فحسب، ولكن أيضاً نظراً لما يبدونه من عدائية تجاه هؤلاء الآخرين إذ أنهم غالباً ما يكونوا من الجانحين، ويتصفون بالعديد من السمات مثل ما يلي:

1- الإيذاء الجسدي.

2- عدم القدرة على التنبؤ بسلوكهم في المواقف المختلفة.

3- الميل إلى السيطرة على الآخرين.

4- الميل إلى الشجار وإثارة المشاكلات والتخريب.

5- يمثلون مصدراً للضيق والقلق بالنسبة للآخرين.

6- الانحراف.

ومن الطبيعي أن نجد أن الأفراد العاديين في المجتمع يفضلون عدم التفاعل وتكوين علاقات شخصية مع الأطفال المضطربين الذين يتصفون بهذه السمات ما لم يكونوا مضطرين إلى ذلك ونجد أن هؤلاء الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا أو انفعاليا عادة ما يبدون وكأنهم في معركة مستمرة مع كل شخص من حولهم مما يسهم بالتالي في تشكيل ردود فعل الآخرين تجاههم فينسحبون بعيداً عنهم وهو الأمر الذي يحرمهم من أي فرصة يمكن أن يتعلموا من خلالها كيف يتصرفون على نحو مقبول حيث أن الوالدين والمعلمين والأقران ينسحبون بعيداً عنهم مما يؤدي بالتالي إلى انخفاض معدل فرص التفاعل الاجتماعي التي تتاح أمامهم للتعلم.

ولكن من أين تبدأ المشكلة إذن؟ وهل تبدأ بتلك السلوكات التي عادة ما تسبب الإحباط أو الغضب أو الإثارة للآخرين، أم أنها تبدأ بالبيئة الاجتماعية غير المناسبة والتي تكون فيها الاستجابة الوحيدة المقبولة من الطفل هي الانسحاب أو الهجوم؟ والواقع أن البحوث التي يتم إجراؤها في الوقت الراهن لم تتمكن من الإجابة على نحو قاطع على مثل هذه التساؤلات، ومع ذلك فإن أفضل طريقة في وقتنا الراهن للنظر إلى هذه المشكلة تتمثل في النظر إليها على أنها ليست في سلوك الطفل فحسب، ولا في البيئة فقط، بل إن مثل هذه المشكلة تظهر في الأساس نظراً لأن التفاعلات الاجتماعية المختلفة التي تحدث بين الطفل والبيئة الاجتماعية المحيطة غير المناسبة وعلى كل حال فان المختصين في التربية الخاصة يرون أن سبب المشكلة يتضمن كلا الجانبين سوء السلوك وسوء إدارة أو ضبط السلوك غير المرغوب.

تحديد المصطلحات وتوحيدها Terminology:

تم استخدام العديد من المصطلحات لوصف أولئك الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية والانفعالية وتتضمن هذه المصطلحات ما يأتي:

- الإعاقة الانفعالية.
- الإعاقة السلوكية.
- الإعاقة الانفعالية السلوكية.
- الاضطراب الانفعالي.
- سوء التكيف الشخصي والاجتماعي.
- الاضطراب السلوكي.

ومن المعروف أن مثل هذه المصطلحات لا تدل على أنماط من الاضطرابات تختلف تماماً عن بعضها بعضاً، أي أنها لا تشير إلى أنماط من الأطفال والمراهقين يختلفون عن بعضهم بعضاً على نحو واضح، ولكن هذه المصطلحات بدلاً من ذلك تمثل تفضيلات شخصية للمصطلحات، وربما بعض التوجهات النظرية المختلفة نسبياً.

وغني عن البيان أن المصطلح الذي ظل يستخدم حتى عام 1997 في القوانين والتنظيمات الفيدرالية للتربية الخاصة قد تمثل في (الاضطراب الانفعالي الخطير) seriously emotionally dis-

turbed ثم أسقطت كلمة "الخطير" كصفة كانت تستخدم وذلك في التعديل الذي طرأ على قانون تعليم الأفراد المعوقين IDEA عام 1997 ليصبح المصطلح كما يستخدم في الوقت الراهن هو الاضطراب الانفعال (emotional disturbance) مع أن البعض يرون أن هذا المصطلح يعد غير مناسب وهو الأمر الذي دفع بهم إلى توجيه النقد إليه. أما الاضطراب السلوكي (behavior dis-order) على الجانب الآخر فقد اشتقت تسميته كذلك من مجلس الأطفال المضطربين سلوكياً (Council for Children with Behavioral Disorders) الذي يعد قسماً من مجلس الأطفال غير العاديين (Council for Exceptional Children) ويهتم بالتركيز على ذلك الجانب الظاهر من مشكلات هؤلاء الأطفال. ويرى معظم المختصين أن هؤلاء الأطفال إما أن يعانوا من الاضطرابات الانفعالية، أو الاضطرابات السلوكية، أو كليهما.

وفي عام 1990 اجتمع ممثلون من المعهد القومي للصحة النفسية، وائتلاف التربية الخاصة، وممثلو أكثر من ثلاثين جمعية أهلية ومهنية واقترحوا استخدام مصطلح جديد هو " الاضطراب السلوكي أو الانفعالي (Emotional or Behavior Disorder) ليحل محل المصطلح السابق في القوانين والتنظيمات الفيدرالية والذي كان يعرف بالاضطراب الانفعالي. ومن الواضح الآن أن الاضطراب السلوكي أو الانفعالي قد أضحى هو المصطلح الذي يلقى قبولاً عاماً في هذا المجال على الرغم من تلك التغيرات التي تنتاب القوانين أو التنظيمات الفيدرالية أو المجتمعية. (forness&knitzer,1992)

تعريف الاضطراب السلوكي أو الانفعالي Definition:

من الجدير بالذكر أن تعريف الاضطرابات الانفعالية والسلوكية كما يشير لاندروم وكوفمان (Landrum &Kauffman, 2009) قد ظل يمثل مشكلة منذ البداية مما حدا بالجمعيات المهنية والخبراء إلى تقديم بعض التعريفات الفردية التي تخدم أو تحقق أهدافاً مهنية خاصة بهم. ومع هذا فلم يتم حتى وقت قريب تقديم تعريف محدد يمكن قبوله من جانب الغالبية العظمى من المختصين.

بعض المشكلات التي تتعلق بتعريف الاضطراب:

هناك أسباب حقيقية تعد هي المسؤولة في واقع الأمر عن عدم حدوث اتفاق يتعلق بتعريف الاضطرابات السلوكية والانفعالية وذلك للأسباب التالية:

1- عدم وجود تعريفات محددة ودقيقة متفق عليها لكل من الصحة النفسية والسلوك العادي.

2- تنوع الخلفيات النظرية والأطر الفلسفية المستخدمة.

3- وجود صعوبات عديدة في قياس الانفعالات والسلوك.

4- وجود علاقات عديدة بين الاضطراب الانفعالي أو السلوكي والاضطرابات الأخرى.

5- اختلاف الهيئات والمؤسسات التي تقوم بتصنيف وتشخيص الأطفال والمراهقين وتقديم الخدمات المختلفة لهم.

الاضطراب السلوكي أو الانفعالي في ضوء التعريفات الراهنة:

هناك اتفاق عام على أن الاضطراب السلوكي أو الانفعالي يشير إلى أشياء محددة على النحو الآتية:

1- الفرق بين السلوك السوي والسلوك غير السوي هو فرق في الدرجة لا فرق في النوع.

2- وجود مشكلة مزمنة بمعنى أنها لن تختفي بسرعة تحت أي ظروف.

3- سلوك غير مقبول وفقاً للتوقعات الثقافية أو الاجتماعية المختلفة لتلك الجماعة الاجتماعية التي ينتمي الفرد إليها.

تعريف الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية وفقا لقانون تعليم الأفراد المعوقين IDEA والذي تم تعديله عدة مرات حيث يعرف الاضطراب الانفعالي كما يلي:

أولاً: أن هذا المصطلح يعني أنه يعد بمثابة حالة معينة تظهر خلالها واحدة أو أكثر من الخصائص التالية وبصورة واضحة على مدى فترة زمنية طويلة، وتؤثر سلبا على الأداء التعليمي (الأكاديمي) للفرد. وتتمثل تلك الخصائص فيما يلي:

1- عدم القدرة على التعلم والتي لا يمكن تفسيرها على أنها تعود إلى عوامل عقلية أو حسية أو صحية.

2- عدم القدرة على إقامة علاقات شخصية مع الأقران والمعلمين أو المحافظة على تلك العلاقات.

3- صدور أنماط غير مناسبة من السلوكات أو المشاعر في الظروف أو الأحوال العادية.

4- مزاج عام من الكآبه والحزن.

5- الميل إلى تطوير أعراض جسمية أو مخاوف ترتبط بالمشكلات الشخصية أو المدرسية.

ثانياً: يتضمن هذا المصطلح أولئك الأطفال المصابين بالشيزوفرينيا (الفصام)، ولا يتضمن في ذلك الوقت أولئك الأطفال الذين يعانون من سوء التكيف الاجتماعي ما لم يتم تحديدهم على أنهم مضطربون انفعالياً.

هذا وقد تمت صياغة التعريف الفيدرالي بعد أن اقترحه باور (Bower,1982) وإن كان تعريف

باور Bower لا يتضمن البند " ثانياً " الذي يتضمنه التعريف الفيدرالي، أي أن هذا البند قد تمت إضافته إلى التعريف المذكور. ويعتبر الحذف والإضافة بذلك كما يرى باور (Bower,1982) وكوفمان ولاندرم (Kauffman &landrum, 2009) غير ضروري في هذا الإطار حيث من الواضح أن المحكات الخمسة التي أوردها باور Bower للاضطراب الانفعالي تدل على أن هذا التعريف يتضمن بالضرورة الأطفال الفصاميين، كما أنه لا يمكننا في ضوئه أن نستبعد أولئك الأطفال الذين يعانون من سوء التكيف الاجتماعي. وفضلاً عن ذلك فإن تلك الجملة التي تحدد أن مثل هذه الخصائص تؤثر سلباً في الأداء الأكاديمي للفرد تجعل من غير الممكن أن نقوم بتفسير هذا التعريف ما لم نقم أولاً بتحديد معنى الأداء التربوي. وهنا يجب أن نتساءل عما إذا كان الأداء التربوي يشير إلى مجرد الأداء الأكاديمي فقط أي التحصيل دون سواه أم لا حيث إنه إذا كان يشير إلى التحصيل فقط فإن أولئك التلاميذ الذين يتسمون بخصائص أخرى، ولكن تحصيلهم الأكاديمي يكون في مستوى صفهم الدراسي سوف يتم استبعادهم على الفور بناء على هذا التعريف.

وغني عن البيان أن هذا التعريف الفيدرالي قد تعرض في السنوات الأخيرة للنقد الشديد مما دفع الحكومة الفيدرالية إلى إصدار أمر رسمي أكثر من مرة بدراسة هذا التعريف. ويتمثل أحد الجوانب الجدلية في هذا التعريف والذي أثار الكثير من النقد في استبعاده لأولئك الأطفال الذين يعانون من سوء التكيف الاجتماعي ولكنهم ليسوا مضطربين انفعالياً مع أن سوء التكيف الاجتماعي كاضطراب سلوكي يتضمن السلوك المضاد للمجتمع، والسلوك الفوضوي، والسلوك العدواني. كما أنه يمثل من جانب آخر أكثر أنماط هذا الاضطراب شيوعاً بين الأطفال الذين يتم تشخيصهم على أنهم مضطربون انفعالياً أو سلوكياً.

وإضافة إلى ذلك فان الجمعية الأمريكية لعلم النفس American Psychological Association ومجلس الأطفال المضطربين سلوكياً CCBD قد أدانا مثل هذه الممارسات التي لا تستند في الواقع إلى أي أساس عملي. ومع ذلك فنحن نرى أن السنوات القادمة سوف تشهد استمراراً للجدل حول استبعاد أولئك الأطفال الذين يعانون من سوء التكيف الاجتماعي.

بديل التعريف الفيدرالي: An Alternative to the federal Definition هناك تعريف آخر له أهميته في هذا الصدد اقترحه ائتلاف الصحة النفسية القومي والتربية الخاصة وهو ينص على ما يأتي:

أولاً: أن مصطلح الاضطراب الانفعالي أو السلوكي يعني وجود إعاقة تتسم باستجابات انفعالية أو سلوكية من جانب الطفل في المدرسة تختلف تماماً عن تلك المعايير التي تتناسب مع عمره الزمني وثقافته وجماعته العرقية وذلك إلى الدرجة التي تجعلها تؤثر سلباً في أدائه التربوي. ويتضمن الأداء التربوي من هذا المنطلق المهارات الأكاديمية، والاجتماعية، والمهنية، والشخصية. وتتسم مثل هذه الإعاقة بما يأتي:

1- أنها ليست مجرد استجابة مؤقتة متوقعة للأحداث الضاغطة في البيئة.

2- أنها تظهر على نحو ثابت في موقفين مختلفين يرتبط أحدهما على الأقل بالمدرسة.

3- أنها لا تستجيب لذلك التدخل المباشر الذي يتم في التعليم العام، ولا تتسم بالحساسية له، أو أن تلك التدخلات التي تتم في التعليم العام لا تعد كافية بالنسبة لحالة الطفل أي أنه يحتاج بذلك إلى خدمات التربية الخاصة.

ثانياً: أن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية يمكن أن تتزامن مع غيرها من الإعاقات الأخرى.

ثالثاً: أن هذه الفئة يجب أن تتضمن أولئك الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات فصامية Schizophrenic Disorders، أو اضطراب وجداني Affective، أو اضطراب القلق، أو أي اضطرابات أخرى ترتبط بالسلوك أو التوافق يمكن أن تؤثر في الأداء التربوي عند توافر المحكات الخاصة بالبند "أولاً".

وهناك عدد من المزايا التي تميز هذا التعريف المقترح عن التعريف الفيدرالي من أهمها ما يأتي:

1- أنه يستخدم مصطلحات تعكس تفضيلات واهتمامات مهنية سائدة تعمل على الحد من الوصم.

2- أنه يتضمن اضطرابات انفعالية وأخرى سلوكية، ويحدد أنهما يمكن أن يحدثا معاً، أو يحدث كل منهما مستقلاً عن الآخر.

3- أنه يركز على المواقف المدرسية ولكنه مع ذلك لا يغفل أهمية ما يحدث من اضطرابات خارج نطاق المدرسة.

4- أنه يتسم بالحساسية للفروق الثقافية والعرقية.

5- أنه لا يتضمن المشكلات الصغيرة أو الانتقالية أو الاستجابات العادية للضغوط.

6- أنه يعترف بأهمية تلك المقابلات التي تتم قبل إحالة الطفل إلى العيادة النفسية ولكنها لا تتطلب تطبيقها على نحو يتسم بالتقليد أو المحاكاة في الحالات الشديدة.

7- أنه يعترف بإمكانية أن يعاني الأطفال والمراهقين من إعاقات متعددة.

8- أنه يتضمن ذلك المدى الكلي للاضطرابات الانفعالية أو السلوكية موضع الاهتمام من جانب المختصين في الصحة النفسية والتربية الخاصة دون استبعاد عشوائي لأي منها.

تصنيف الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية Classification:

يميز العلماء بين بعدين للسلوك المضطرب هما السلوك الموجه إلى الخارج (externalizing) السلوك الموجه نحو الداخل (internalizing) وفي حين يتضمن السلوك الخارجي الهجوم على الآخرين وإلحاق الأذى بهم فإن السلوك الموجه نحو الداخل على الجانب الآخر يتضمن الصراعات الانفعالية مثل الاكتئاب والقلق.. وتؤكد الحكومة الفيدرالية كما تشير وزارة التربية الأمريكية (2000) أن حوالي ثلث الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو انفعالية يعانون في ذات الوقت من إعاقة أخرى أيضاً.

وفضلاً عن ذلك فإنه يمكن للأطفال أن يظهروا أنماطاً سلوكية معينة بدرجات متفاوتة من الحدة أو الشدة بمعنى أن أياً من نمطي السلوك يمكن أن يظهر لدى أي طفل منهم بدرجة أعلى أو أقل من غيره، وقد يمتد مدى حدة الاضطراب من العادي إلى الشديد حيث قد يبدي أحد الأشخاص على سبيل المثال اضطراباً سلوكياً شديداً يتمثل في إحدى المشكلات الخارجية (externalizing) والتي إما أن تكون سلوكاً علنياً صريحاً (overt) كالسلوك العدواني أو الفوضوي، أو تكون سلوكاً خفيا (covert) مضاد للمجتمع كالسرقة أو الكذب أو إشعال الحرائق في حين قد يبدي غيره اضطراباً سلوكياً أقل في حدته.

ومن الجدير بالذكر أن الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية الشديدة تتضمن تلك الحالات الشديدة لأي مشكلة خارجية أو أخرى داخلية، أي أنها بذلك تضم جانبي السلوك الخارجي والداخلي بحيث يكون أحدهما فقط هو السائد لدى الفرد مع أن هناك بعض الحالات التي يجمع الفرد فيها بين هذين الجانبين في ذات الوقت. فالأفراد الذين يعانون من الفصام يكون لديهم اضطراب شديد في التفكير، وقد يعتقدون أن هناك قوى خارجية أو غريبة تسيطر عليهم، أو تكون لديهم بعض الهلاوس أو الضلالات. كما أن مشاعرهم وانفعالاتهم لا تتناسب في الواقع مع المواقف الفعلية المختلفة، ويفضلون على أثر ذلك الانسحاب إلى عالمهم الخاص.

نسبة الانتشار Prevalence:

تتباين معدلات انتشار الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية بين الأطفال والمراهقين على نحو كبير نظراً لعدم وجود تعريف ثابت ومتفق عليه يمكن استخدامه بين العاملين في الميدان في هذا الإطار. وقد حددت الحكومة الفيدرالية لعقود طويلة أن حوالي 2 ٪ تقريباً من الأطفال في سن المدرسة مضطربين انفعالياً، وكانت هذه النسبة ثابتة إلى حد كبير للغاية.

ومع ذلك فقد أسفرت نتائج العديد من الدراسات في هذا الصدد سواء في الولايات المتحدة الأمريكية أو غيرها من دول العالم كما يرى كوفمان (Kauffman,2002) ولاندرم (landrum,2011) عن نتائج مغزاها أن ما بين حوالي 6%-10 تقريباً على الأقل من الأطفال والمراهقين في سن المدرسة يبدون العديد من المشكلات الانفعالية أو السلوكية الخطيرة. وعلى الرغم من ذلك فإن حوالي 1% فقط من أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية وفقاً لما تشير إليه وزارة التربية الأمريكية (2008) قد تم تشخيصهم على أنهم مضطربون انفعالياً. وفضلاً عن ذلك فإن هناك تقريراً عن الصحة النفسية للأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية أصدره مكتب الخدمات الإنسانية والصحية (2001) US Dep.Of Health and Human Services يوضح أن نسبة ضئيلة

للغاية من أولئك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية أو سلوكية خطيرة يتلقون خدمات الصحة النفسية.

وتتمثل أكثر أنماط المشكلات شيوعاً التي يظهرها أولئك الأطفال الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية في النمط الخارجي للسلوك أي السلوك العدواني والسلوك الفوضوي. كذلك فمن المعروف أن أعداد الذكور تزداد كثيراً عن أعداد الإناث حيث تصل النسبة بينهما 1:5 وربما أكثر من ذلك. وبوجه عام يميل الذكور على نحو أكثر إلى العدوان، واضطراب السلوك قياساً بالإناث بالرغم من أن السلوك المضاد للمجتمع لدى الإناث يعد ذا شأن متزايد.

ويمثل جنوح الأحداث juvenile delinquency والسلوك المضاد للمجتمع والذين يعرفان بالاضطراب السلوكي مشكلات خاصة في تقدير معدل الانتشار حيث يمثل المراهقون الجانحون نسبة لا بأس بها من المجتمع. وفي واقع الأمر فإن الظروف البيئية غير الملائمة تعتبر أكثر شيوعاً بين الجانحين الأحداث قياساً بأقرانهم العاديين في المجتمع. ومن الواضح أن التكاليف الاجتماعية والاقتصادية التي يتكبدها المجتمع بسبب الجنوح والسلوك المضاد للمجتمع تعد كبيرة للغاية كما يرى وكوفمان ولاندرم (Kauffman &landrum,2009) حيث يرتكب المراهقون الذكور في المجتمع الأمريكي نسبة كبيرة من الجرائم العنيفة والخطيرة.

أسباب الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية Causes:

إن الأسباب التي تكمن خلف الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية يمكن أن تعزى إلى أربعة عوامل أساسية على النحو الآتي:

1- العوامل والاضطرابات البيولوجية.
2- العوامل والعلاقات الأسرية.
3- العوامل والخبرات المدرسية.
4- العوامل والمؤثرات الثقافية السلبية.

وعلى الرغم من عدم وجود دليل مؤكد في أغلب الأحيان على أن أياً من هذه العوامل يعد هو المسؤول المباشر عن الاضطراب السلوكي لدى معظم الحالات فإن بعض هذه العوامل يمكن أن يوفر لدى الطفل الاستعداد لحدوث المشكلة السلوكية، وأن غيرها من العوامل يمكن أن تثير تلك المشكلة. وهذا يعني أن بعض العوامل كالوراثة تؤثر في السلوك على المدى الطويل، وتزيد من احتمال قيام مجموعة من الظروف بإثارة تلك الاستجابات غير التكيفية. ويعرض الشكل التالي رقم (1) العوامل المساعدة على حدوث

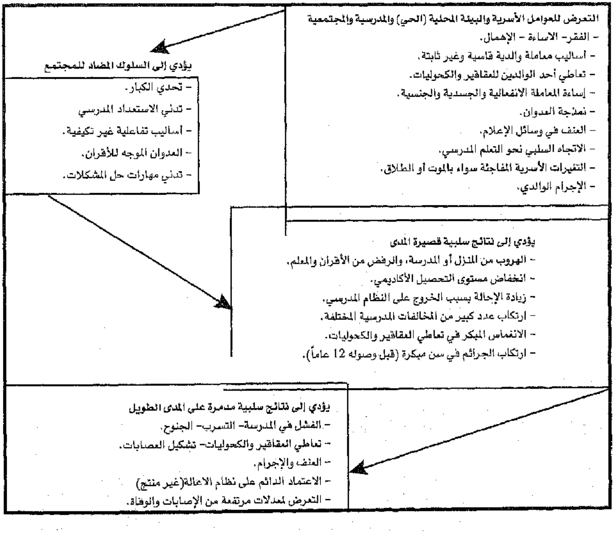
الاضطراب السلوكي أو الانفعالي، وكيفية تطوره عن طريق مثل هذه العوامل ومن خلالها حيث يؤدي عامل معين إلى استجابة غيرتكيفية، وتؤدي هذه الاستجابة غير التكيفية بدورها إلى استجابة أخرى مماثلة، وهكذا حتى يحدث الاضطراب.

وهناك مفهوم آخر له أهميته في كل النظريات التي ظهرت في هذا الإطار يتمثل في العوامل المحفزة (contributing factors) والتي تزيد من مخاطر التعرض للاضطراب السلوكي أو الانفعالي حيث من المستحيل أن نجد سبباً وحيداً يؤدي على نحو مباشر إلى حدوث الاضطراب أي يكون هو المسؤول بمفرده عن حدوثه، بل يجب أن تسهم مجموعة من العوامل مع بعضها في تطور المشكلة. (Kazdin,2008). ويوضح الشكل السابق كيف تتجمع العوامل المساعدة معاً كي تعرض الأطفال والمراهقين لمخاطر القيام بالعنف والسلوك المضاد للمجتمع(اضطراب التصرف) والذي غالباً ما نسميه الاضطراب السلوكي وهو ما يعد بمثابة أكثر المشكلات الانفعالية السلوكية شيوعاً بين المراهقين.

العوامل البيولوجية Biological Factors:

من المعروف أن كلاً من السلوكيات والانفعالات يمكن أن تتأثر في العوامل الوراثية، أو

شكل (1) طريق المخاطر نحو العنف والسلوك المضاد للمجتمع



النيورولوجية (العصبية)، أو البيوكيميائية (Biochemical) أو بكل هذه العوامل معاً حيث أننا في الواقع نجد أن هناك علاقة بين الجسم والسلوك. ومع ذلك فمن الصعوبة وجود علاقة بين عامل بيولوجي محدد واضطراب انفعالي أو سلوكي.

لا يوجد بالنسبة لغالبية الأطفال المضطربين سلوكيا أو انفعاليا أي دليل حقيقي على وجود عوامل بيولوجية تعد بمفردها هي سبب ما يبدونه من مشكلات. أما بالنسبة لمن يعانون من اضطرابات شديدة أو حادة فهناك أدلة على أن العوامل البيولوجية تسهم في تطور حالاتهم أو اضطراباتهم. (Forness, &Kavale,2008)

ويمكن القول أن جميع الأطفال يولدون ولديهم محددات بيولوجية لسلوكهم ولأمزجتهم ويشير البعض أن تلك السلوكات يمكن تغييرها من خلال عملية التنشئة والبعض الآخر يَعد تلك السلوكات وخصوصا لدى ذوي المزاج الصعب قد تتحول إلى اضطرابات سلوكية أو انفعالية. وهناك عوامل بيولوجية أخرى بجانب الحالة المزاجية يمكن أن تلعب دوراً في هذا الصدد هي الأمراض، وسوء التغذية، والصدمات الدماغية على سبيل المثال، كذلك فإن إساءة استخدام المواد يمكن أن تسهم هي الأخرى في حدوث المشكلات الانفعالية والسلوكية. (Kauffman&landrum, 2009) وهناك كثير من الأدلة والبراهين التي تثبت وجود علاقة للعوامل البيولوجية والتي تعد هي المسؤولة عن الاضطراب السلوكي أو الانفعالي لدى أولئك الأطفال الذين يعانون من إعاقة شديدة أو حادة. كما أن الأطفال الفصاميين كثيراً ما تبدو عليهم- وليس دائماً- مؤشرات على وجود أوجه قصور عصبية وهو ما كشفت عنه نتائج الدراسات في هذا المجال على أن العوامل الجينية تسهم في حدوث الفصام رغم أن ذلك الدور الذي تلعبه عوامل بيولوجية محددة لا يزال في الغالب مجهولا حتى وإن كان الاضطراب شديدا ومع ذلك يبقى من المهم الإشارة إلى أربع نقاط مهمة حول الأسباب البيولوجية للاضطرابات السلوكية أو الانفعالية وهي كما يأتي:

1- أن سوء الأداء الوظيفي البيولوجي يعد مشكلة نظراً لما يحدثه من اضطراب في انفعالات الفرد أو سلوكه.

2- بمجرد أن يبدأ الاضطراب البيولوجي فإنه دائماً ما يسبب مشكلات سيكولوجية تسهم بدورها في حدوث الاضطراب الانفعالي أو السلوكي أيضاً.

3- أن العلاج الطبي أو البيولوجي للاضطراب نادراً ما يكون كافياً لحل المشكلة، وإذا ما كان العلاج الطبي ذا أهمية بالغة في هذا الصدد فإنه نادراً ما يكون هو التدخل الوحيد إذ يجب

أن نتطرق إلى الجوانب النفسية والاجتماعية للاضطراب وأن نتناولها هي الأخرى.

العوامل الأسرية Family Factors:

إن نتائج البحوث التي أجريت على العلاقات الأسرية توضح أن تأثير الوالدين على الأطفال ليس بسيطا، ومن الواضح أن التأثيرات الأسرية في هذا الصدد تعد تفاعلية في أساسها، وأن الآثار التي يتركها الوالدان والأطفال على بعضهما بعض تعد تبادلية. ومن غير المحتمل حتى في حالات الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية الشديدة كما يرى كوفمان ولاندرم (Kauffman&landrum,2001) أن نجد هناك نتائج بحثية صادقة وثابتة تعزي المشكلات السلوكية للطفل على والديه في المقام الأول.

إن التعزيز الإيجابي الذي يتمثل في الانتباه والمديح أو الثناء للسلوك الملائم يميل إلى تدعيم ذلك السلوك المرغوب لدى الأطفال. كذلك فمن الواضح أن الوالدين اللذين يتسمان في التعامل مع أطفالهما بالعدائية، والرفض، والقسوة، وعدم الثبات في التعامل مع سوء السلوك يكون من المحتمل أن يصبح أطفالهما عدوانيين بسبب ذلك. أما الوالدان اللذان يتسمان بالعنف يكون من المحتمل بالنسبة لهما أن يؤدي ذلك إلى نمذجة أطفالهم لسلوكهم وبالتالي يؤدي بهما إلى الجنوح وعلى المربين التربويين أت يكونوا مدركين أن معظم أولياء أمور المضطربين سلوكيا أو انفعاليا يتصرفون على نحو دائم لمساعدة أبنائهم.وأنهم بحاجة إلى الدعم وليس النقد للتعامل مع مشكلاتهم العائلية.

وتم في عام 1989م تأسيس الاتحاد الفيدرالي الأسري للصحة النفسية للأطفالFederation of Families for Children's Mental Health للمساعدة في تقديم تلك المساندة للأسر في التعامل مع مشكلات أبنائهم ، وتوفير مثل هذه المصادر اللازمة لذلك مع تقديم المساعدة من جانب الآباء لبعضهم البعض في سبيل توفير مصادر إضافية لنفس الغرض.

العوامل المدرسية School Factors:

مما لا شك فيه أن بعض الأطفال يعانون بالفعل عند التحاقهم بالمدرسة من اضطرابات انفعالية أو سلوكية رغم أن مثل هذه الاضطرابات تتطور خلال سنوات المدرسة من خلال نمذجة هذه السلوكيات. وعلى الرغم من ذلك فإن أولئك الأطفال الذين يبدون مثل هذه الاضطرابات عند التحاقهم بالمدرسة قد تتحسن حالاتهم، وقد تسوء وفقاً لتلك الطريقة التي يتم بها التعامل معهم في الصف. وقد تتفاعل الحالة المزاجية للطفل وكفاءته الاجتماعية مع تلك السلوكات التي يصدرها معلموه وزملاؤه بالصف فتتأثر مشكلاته الانفعالية أو السلوكية في ذلك سلباً أو إيجاباً. كذلك فعندما يلتحق الطفل الذي يفتقر إلى المهارات الأكاديمية والاجتماعية بالمدرسة فإنه يصبح من المحتمل أن يتلقى استجابات سلبية من أقرانه ومعلميه على حد سواء.

إن المدرسة يمكن أن تسهم في تطور وزيادة المشكلات الانفعالية بطرق متعددة حيث قد يفتقر المعلمون على سبيل المثال لعدم مراعاة الفروق الفردية في تعاملهم مع التلاميذ وكذلك في التوقعات المرتفعة جداً أو المنخفضة جداً من الطفل تتعلق بتحصيله الأكاديمي أو سلوكه عامة. ومن ناحية أخرى يرى كوفمان وآخرون (Kauffman&et.al,2011) أن النظام السائد في المدرسة قد يتسم أحياناً بالتساهل الشديد، أو قد يتسم في أحيان أخرى بالصرامة الشديدة، أو عدم الثبات. ومن جهة أخرى

قد تكون البيئة المدرسية من ذلك النوع الذي يكافئ التلميذ سيئ السلوك وذلك بتسليط الأضواء عليه، أو إعطائه اهتمام خاص حتى وإن كان مثل هذا الاهتمام على هيئة نقد أو عقاب في حين يتم تجاهل الطفل حسن السلوك. وأخيراً فقد يمثل المعلمون والأقران نماذج لسوء السلوك مما يدفع الطفل إلى السلوك السيئ تقليداً لما يقومون به.

العوامل الثقافية Cultural Factors:

يدخل كل من الأطفال والأسر والأساليب المتبعة في التنشئة الاجتماعية في إطار الثقافة التي تؤثر في الأطفال حيث أن هناك العديد من الظروف البيئية التي يمكن لها أن تؤثر في ما يتوقعه الراشدون من الأطفال، وما يتوقعه الأطفال من أنفسهم ومن أقرانهم. فالقيم ومعايير السلوك تنتقل إلى الأطفال عن طريق العديد من الظروف الثقافيةومن هذه المؤثرات على سبيل المثال ما يأتي:

1- مستوى العنف الذي تعرضه وسائل الإعلام وخاصة التليفزيون.

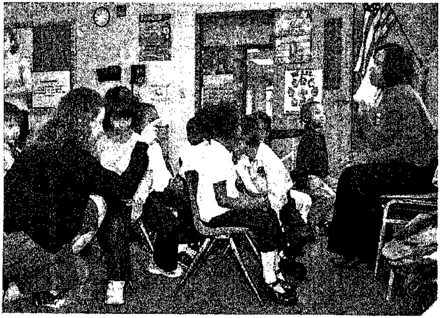
2- استخدام العدوان كوسيلة للإخضاع أو الإجبار.

3- التساهل في الحصول على العقاقير الطبية(إساءة استخدام العقاقير).

4- تغيير المعايير التي ترتبط بالسلوك الجنسي.

5- المعايير الدينية والقيود التي تفرض على السلوك. (walker &et.al, 2004) .(Farmer,2000)

تحديد وتشخيص الاضطراب السلوكي أو الانفعالي Identification:



من السهولة بالنسبة لنا أن نقوم بتحديد وتشخيص السلوكيات المضطربة على أن نقوم بتحديد أنماطها وأسبابها، وتصنيفها في ضوء ذلك. ومع أن المعلمين غالباً ما يفشلون في تقدير جوانب القوة لدى الأطفال المضطربين سلوكيا أو انفعاليا يظل من المهم أن يتضمن تقييم أولئك الأطفال تحديد جوانب القوة المميزة لهم وعدم الاقتصار فقط على تحديد

جوانب الضعف التي يعانون منها .(jones&et al,2004).

ويُعد اضطراب السلوك من أكثر أنماط الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية شيوعاً، وهو يعد بمثابة مشكلة سلوكية خارجية أي موجهة إلى خارج الفرد (externalizing) ويعمل مثل هذا الاضطراب على جذب الانتباه الفوري تجاه الفرد . أما أولئك الأطفال الذين يعانون من النمط الداخلي من الاضطراب السلوكي (internalizing) فإن الأمر بالنسبة لهم يكون أقل وضوحاً، ولكن لا يكون من الصعب تحديدهم والتعرف إليهم. وعادة ما يتم تحديد وتشخيص الأطفال المضطربين سلوكيا أو انفعاليا في المدرسة من قبل المعلمين. كذلك فإن توفير خدمات التربية الخاصة لمثل هؤلاء الأطفال المضطربين لا يضاهي حاجاتهم مطلقاً، ومع ذلك لا توجد إشارات في إجراءات الفرز والتصفية حول عدم توافر تلك الخدمات اللازمة للتعامل مع المشكلات التي يعاني الطفل منها . وفي هذا الإطار فإنه نادراً جداً ما يحدث خطأ في تشخيص الأطفال الفصاميين ومع ذلك فإنه عادة ما يتم تشخيصهم في البداية على أنهم يعانون من اضطراب آخر كاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي المفرط أو الاكتئاب على سبيل المثال وإن كان يتم تشخيصهم فيما بعد على أنهم فصاميين.

وجدير بالذكر أنه كلما كان الطفل صغيرا في عمره الزمني ازدادت صعوبة تشخيصه على أنه مضطرب سلوكيا أو انفعاليا إذ تكون هناك صعوبات في تحديد ما إذا كان سلوكه يمثل مشكلة خطيرة أم لا، وما إذا كان مثل هذا السلوك ثابتاً ومستمراً أم متغيراً. وعلاوة على ذلك فإن المعلمين الذين يبدون حساسية لما يبدر عن أطفالهم من سلوكيات قد يخطئون أحياناً في حكمهم على أولئك الأطفال. وهناك نقطة أخرى لها أهميتها في هذا المضمار تتمثل في أن بعض الأطفال قد لا يبدون أي مشكلات على الإطلاق في المدرسة، وتكاد تتركز كل مشكلاتهم خارج إطار المدرسة.

وعلى نحو عام تُعد أحكام المعلمين غير الرسمية بمثابة أساليب ثابتة وصادقة لفرز وتصفية الأطفال بغرض تحديد مشكلاتهم الانفعالية أو السلوكية، وعند استخدام الإجراءات الرسمية بدرجة أكبر لهذا الغرض تصبح تقديرات المعلمين لتلك السلوكيات دقيقة جداً. (walker & et.al,2004)

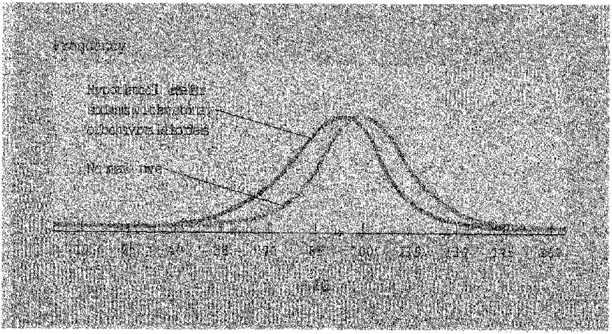
الخصائص النفسية والسلوكية للأطفال المضطربين سلوكيا أو انفعاليا:

Psychological And Behavioral Characteristics

يمثل تحديد الخصائص المميزة للأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا أو انفعاليا تحدياً غير عادي لمن يقوم بذلك نظراً لتنوع مثل هذه الاضطرابات على نحو كبير للغاية. وعلى هذا الأساس فسوف نتحدث هنا عن الصورة العامة لهؤلاء الأطفال حيث يمكن أن يتباينوا على نحو كبير وواضح في مستوى الذكاء، والتحصيل، وظروف الحياة، والخصائص الانفعالية والسلوكية (Kauffman&Brigham,2009) وهو الأمر الذي يمكن أن نتناوله على النحو الآتي:

الذكاء والتحصيل Intelligence and Achievement:

تشير نتائج البحوث المتعلقة بذكاء الأطفال المضطربين سلوكيا أو انفعاليا أن متوسط ذكاء الطفل المضطرب بدرجة بسيطة أو متوسطة هي بحدود (90) IQ وعدد قليل منهم أعلى من المتوسط بالمقارنة مع التوزيع الطبيعي للذكاء وقياسا بالتوزيع الطبيعي للذكاء فإن معظم الأطفال المضطربين سلوكيا أو انفعاليا يقعون في فئتي بطيء التعلم، والإعاقة العقلية البسيطة. وبمراجعة الدراسات حول مستوى ذكاء الطلبة المضطربين سلوكيا أو انفعاليا يفترض كوفمان ولاندرم (Kauffman&landrum,2009) وجود توزيعات للذكاء يعرضها الشكل رقم (2):



شكل (2) التوزيع التكراري الافتراضي لنسب ذكاء الطلبة المضطربين سلوكيا أو انفعاليا قياساً بالتوزيع التكراري الطبيعي

وبطبيعة الحال فإننا حينما نشير إلى هؤلاء الأطفال المضطربين سلوكيا أو انفعاليا إنما نشير إليهم كمجموعة وليس كحالات فردية وإن كان ذلك لا يمنع من وجود بعض الحالات الفردية التي تختلف عن ذلك إذ أن بعض هؤلاء الأطفال قد يحصلون على درجات مرتفعة جداً في اختبارات الذكاء. ومن الجدير بالذكر أن الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية التي يعاني منها أولئك الأطفال قد تحول دون الحصول على درجة مرتفعة في الاختبار تعكس قدراتهم الحقيقية وهو ما يعني أن مثل هذه الاختبارات تتضمن كثيراً من التحيز ضد هؤلاء الأطفال، وأن نسب ذكائهم الفعلية تعد أعلى من تلك الدرجات التي يحصلون عليها في مثل هذه الاختبارات. ومع ذلك فإن نسبة الذكاء تُعد مؤشراً جيداً نسبياً لذلك المدى الذي يمكن للطفل أن يتطور خلاله أكاديمياً واجتماعياً حتى في حالات الاضطرابات الشديدة المختلفة.

ومن ناحية أخرى يرى كوفمان ولاندرم (Kauffman&landrum, 2009) (أن المضطربين سلوكيا أو انفعاليا يعدون في الواقع من منخفضي التحصيل كما تؤكده الاختبارات المقننة التي يتم استخدامها للتأكد من ذلك حيث يكون مستوى تحصيل الطفل المضطرب سلوكيا أو انفعاليا عادة أقل مما هو متوقع منه مقارنة بالفئة العمرية التي ينتمي اليها، كما أن مثل هؤلاء الأطفال نادراً ما يحققون تقدماً ملموساً في المجال الأكاديمي. وفي الواقع فإننا نلاحظ أن العديد من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات شديدة غالباً ما يفتقرون إلى المهارات الأساسية في القراءة والحساب، وأن القليلين منهم فقط هم الذين يبدون كفاءة في القراءة أو الحساب، وأن هذه الأعداد القليلة منهم غالباً لا يتمكنون من تطبيق مهاراتهم على المشكلات اليومية المختلفة.

قصص نجاح

كريستينا اسحق فتاة في الرابعة عشرة من عمرها التحقت ببرنامج خاص بمدرسة حكومية للطلاب الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو انفعالية. فيما يلي العوامل المهمة التي أدت لنجاحها:

- التعلّم المكثف في المهارات الاجتماعية والأكاديمية.
- تدعيم سلوكي ايجابي.
- تدخّلات خاصة لتحقيق انجاز أكاديمي، والتقليل من الاعتماد على الآخرين، وبناء صداقات وزيادة ثقتها بنفسها. وفيما يلي وصفا لهذه العوامل:

التعلم المكثف: مهارات اجتماعية وأكاديمية يقدم مركز هيرندن Herndon خدمة لـ 60 طالباً في الصفين السابع والثامن ممّن يعانون من اضطرابات سلوكية أو انفعالية. يحتاج هؤلاء الطلاب عناية مكثفة، والمركز لديه 13 معلماً بالاضافة إلى أخصائي نفسي ومرشد نفسي. كل غرفة صفية مزودة بهاتف مباشر متصل مع الادارة. وهناك غرفة هادئة مفروشة بالسجاد تستخدم استراحة للطلاب الغاضبين، تعمل الاخصائية زتر عن قرب مع الأهالي، إن القوانين والسياسات واضحة للمدرسين وللطلاب وعائلاتهم، إن اكتساب الثقة أمر مهم لهؤلاء الطلاب.

- تدعيم السلوك الإيجابي: (التعامل مع التوتر): يستخدم المركز التعزيز الإيجابي مع الطلاب وأما العقاب غير الجسدي فيستخدم في بعض الحالات، ويتعلم الطلاب آليات التعامل مع حالات القلق لديهم. إن جريسي Chrissy مثال جيد. فعندما بدأت في الصف السابع كانت غير مدركة للواقع، فقد كانت تحملق في انعكاس صورتها عندما يكون ذلك ممكناً وتنتقل إلى (الخيال). كانت

خجولة إجتماعياً وبحاجة لتتعلم كيف تتصرف في مواقف مختلفة. وعندما كانت تسرح في أفكارها الخاصة. ينتابها نوبة غضب أو أنها تثير شجاراً دون ان ترى أثر سلوكها في علاقاتها مع الآخرين ما دام أنها تقابل بلطف ولا يتم إخراجها أمام الطلاب الآخرين، فإن جريسي Chrissy تصبح متجاوبة مع التصحيح. وهي تعتز بمنظرها ومواهبها الموسيقية. من ناحية اجتماعية، تحاول أن تكون صديقة للجميع. غير أن زملائها ما يزالون خائفين من سلوكاتها غريبة الأطوار (الشاذة) والعدوانية.

تقول أمها إن جريشي تميل أن تكون حساسة على نحو مفرط لما يقوله الآخرون سواء تعلق ذلك بها أم لا .

عندما تغضب، تلجأ جرسي إلى الشتم والتهديدات الجسدية. تمكنت هذا العام من تطوير بعض الصداقات المستقرة والتي تعتز بها مع عدد من الفتيات.

التدخلات الخاصة: تطور المفردات، الانتباه المتزايد لليافعين والتكيف مع الواجبات البيتية: بدأت جرسي Chrissy في الصف السابع ومستواها دون مستوى الصف في معظم المواد كان يمكنها قراءة المفردات ولكن له تتمكن من فهمها لم تستطع تنظيم أفكارها، مع التأكيدات المتكررة وكثير من المساعدة للاستمرار في العمل. حققت جرسي تقدماً وقامت بانجازات بمستوى الصف في كل المواد مع نهاية العام.قام اخصائي النطق المعالج بمساعدتها على تطوير المفردات واستخدام الكلمات في معاني مختلفة.

اشتملت التسهيلات على إعطاء وقت إضافي لانجاز الأعمال الصفية والاختبارات. وإعطاء واجبات مختصرة، وتقديم مساعدة من الزملاء، وتقديم التوجيهات عدة مرات. رغم أنها كانت لديها احلام يقظة. فإن جرسي كانت ترغب في العمل بجد والتركيز عندما كانت تقدم لها المساعدة.

الخصائص الاجتماعية والانفعالية للمضطربين سلوكيا أو انفعاليا:

Social and Emotional Characteristics

تعرضنا من قبل لبعدين أساسيين لأبعاد السلوك المضطرب وذلك اعتماداً على تحليل تقديرات السلوك هما البعد الخارجي (externalizing) والبعد الداخلي (internalizing) للسلوك. ويتميز البعد الخارجي للسلوك بالسلوك العدواني، والجنوح وضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أما النمط الداخلي فيتسم بالقلق والانسحاب. وسوف تتركز مناقشتنا في الجزء الراهن من هذا الفصل على النمط العدواني والانسحابي من ذلك السلوك الذي يبديه أولئك الطلبة المضطربين انفعالياً أو سلوكياً.

ومن الواضح أن من يتم تشخيصهم على أنهم مضطربون سلوكيا أو انفعاليا قد يتم رفضهم اجتماعياً حيث أن الرفض المبكر من الأقران إضافة إلى ما يبديه الطفل من سلوك عدواني يعرضه فيما بعد لقدر كبير من مخاطر المشكلات الاجتماعية والانفعالية. وإلى جانب ذلك يضيف فارمر (Farmer, 2000) وفارمر وآخرون (Farmer&et.al,2001) أن العديد من الطلبة العدوانيين الذين لم يتم رفضهم بعد ينتمون في الأساس إلى أقرانهم الذين يبدون السلوكات العدوانية. وإلى جانب ذلك فقد كانت هناك علاقة واضحة كما يشير روجرز- أدكينسون وجريفث (Rogers- Adkinson & Griffith,1999) بين الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية من ناحية واضطرابات التواصل من ناحية

أخرى. وفضلاً عن ذلك فإن العديد من الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا أو انفعاليا يواجهون صعوبات كبيرة في فهم اللغة واستخدامها في المواقف الاجتماعية المختلفة.

- **السلوك العدواني (النمط الخارجي للسلوك)**: يعد اضطراب السلوك الموجه نحو الخارج كما لاحظنا من قبل هو الأكثر شيوعاً بين تلك المشكلات التي يبديها الأطفال المضطربون سلوكيا أو انفعاليا. فالضرب، والشجار، ورفض الانصياع للأوامر، والصراخ، والتدمير، والابتزاز، والتخريب المتعمد للممتلكات العامة وإذا كان الأطفال العاديون يصرخون، ويضربون، ويتشاجرون، ويفعلون تقريباً كل ما يفعله أولئك الأطفال المضطربون سلوكيا أو انفعاليا فإن ذلك الأمر من جانبهم لا يتسم بالاندفاعية، ولا بالتكرار. إن المشكلة لا تكمن في سلوك الطفل في حد ذاته، ولكنها تكمن في ذلك التفاعل الذي ينشأ بين سلوكه وسلوك الآخرين الموجودين في بيئته.

- العدوان: Aggression: تم تحليل العدوان في الواقع من وجهات نظر متعددة، وكانت تلك التحليلات التي تمت في ضوء نظرية التعلم الاجتماعي كتلك التي أبداها باندورا (Bandura,1986) والتي تمت كذلك في ضوء النظرية السلوكية كتلك التي أبداها باترسون Patterson حيث اهتمت الدراسات في هذا المجال بخبرة الطفل ومستوى دافعيته استناداً إلى تلك النتائج المتوقعة للعدوان. ومن ناحية أخرى فإن مثل هذه الدراسات قد صورت العدوان في الأساس على أنه سلوك متعلم، أي أنه بذلك ليس سلوكاً فطرياً أو موروثاً. وافترضت كذلك أنه من الممكن أن يتم تحديد تلك الظروف والشروط التي يتم في ضوئها تعلم ذلك السلوك.

ومن المعروف أن الأطفال يتعلمون العديد من السلوكات العدوانية عن طريق ملاحظة آبائهم، أو اخوانهم، أو أقرانهم، أو أولئك الأفراد الذين يظهرون على شاشات التليفزيون خاصة إذا ما كانوا ذوي مكانة اجتماعية مرتفعة، وكانت تتم ملاحظتهم بغرض تلقي المكافآت أو الهروب من العقاب على ما ارتكبوه من عدوان وخصوصاً اذا كانوا يحصلون على مكافآت عندما يتشاجرون مع الآخرين.

ومن ناحية أخرى فإن المكافآت الخارجية التي يحصل الطفل عليها كالمكانة الاجتماعية، والقوة، والحصول على الأشياء المرغوبة لهم، والمكافآت المتنوعة، والتعزيز الذاتي تعمل جميعاً على تشجيع

حدوث العدوان. كذلك فإن العقاب يمكن أن يؤدي في الواقع إلى زيادة العدوان وذلك في ظل ظروف معينة تعتبر الظروف الآتية من أهمها ومن أكثرها شيوعاً:

1- إذا كانت شدة العقاب لا تتناسب مع السلوك.

2- إذا جاء العقاب متأخراً عن السلوك.

3- إذا لم يتم تزويد الفرد ببديل إيجابي لذلك السلوك الذي يعاقب عليه.

4- إذا ما كان العقاب يعد نموذجا للعدوان(نمذجة سلوك العدوان).

5- إذا ما حقق الهجوم المضاد على المعتدي النجاح المنشود.

وتقدم نظرية التعلم الاجتماعي والدراسات السلوكية لنا بعض من أكثر الأساليب المتبعة فائدة والتي تم استخدامها في هذا الإطار كما يرى واكر وآخرون (Walker et.al,2003) (وكوفمان وآخرون (Kauffman et al,2011) تلك التي تتضمن ما يأتي:

1- تقديم نماذج للاستجابات غير العدوانية في مواقف تثير العدوان.

2- مساعدة الطفل على تأدية سلوك غير عدواني من خلال لعب الدور.

3- تقديم التعزيز اللازم للسلوك غير العدواني.

4- منع الطفل من الحصول على أي نتائج إيجابية للعدوان.

5- تقديم بديل للعقاب البدني مثل الإقصاء عن التعزيز الايجابي (Time out) وذلك بدلاً من الضرب والصراخ.

ويشير كوفمان ولاندرم (Kauffman& landrum, 2009) وواكر وآخرون (Walker,et.al,2004) بأن الطفل العدواني الذي يتعرض للفشل في المدرسة سوف يتعرض لدرجة أكبر من سوء التكيف الاجتماعي عندما يصل إلى مرحلة الرشد وذلك قياساً بقرينه المنسحب اجتماعياً أي الذي ينسحب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية وذلك عندما يصل هذا الأخير إلى مرحلة الرشد أيضاً. وفي الواقع فإننا عندما نفكر في أن الاضطرابات السلوكية والجنوح يرتبطان بدرجة كبيرة مع الفشل في المدرسة يتضح لنا أهمية القيام بإشباع حاجات الأطفال العدوانيين وأقرانهم منخفضي التحصيل.

- السلوك الانسحابي أو غير الناضج (النمط الداخلي للسلوك) ان الطفل الذي يتسم سلوكه بعدم النضج والانسحاب لا يستطيع أن يطور علاقات إنسانية مشبعة، وبالتالي فإن مثل هذا الطفل سوف يجد صعوبة في مواجهة الضغوط اليومية التي يصادفها وأن يشبع حاجاته أو متطلباته اليومية. وإلى جانب ذلك يشير ماسيا وآخرون (Masia&et.al, 2001) إلى أن البيئة المدرسية تعد هي البيئة التي يجد فيها أولئك المراهقون الذين يعانون من القلق والانسحاب على وجه الخصوص الكم الأكبر من المآسي والمشكلات.

ان الأطفال الذين ينطبق عليهم النمط المنسحب أو غير الناضج يفتقدون لأساليب التفاعل مع الآخرين، كما أنهم يترددون دوماً في التفاعل مع الآخرين. كذلك فإنهم يتسمون بالعزلة الاجتماعية، وقلة عدد أصدقائهم، وندرة اللعب مع أقرانهم في مثل سنهم، وافتقارهم إلى المهارات الاجتماعية

اللازمة لتحقيق المتعة. ومن جانب آخر فإن بعضهم ينسحبون إلى أحلام اليقظة، وتتطور المخاوف لدى بعضهم الآخر وقد يرتد إلى المراحل الأولى من النمو.

وكما هو الحال بالنسبة للسلوك العدواني يمكن تفسير الانسحاب وعدم النضج بعدة أساليب مختلفة، فيبدو من المحتمل بالنسبة لمؤيدي التحليل النفسي أن ينظروا إلى الصراعات الداخلية والدوافع اللاشعورية على أنها هي الأسباب الرئيسة التي تكمن خلف الحالة. (Kauffman& landrum, 2009) أما أنصار المدرسة السلوكية فيميلون إلى تفسير هذه المشكلات على أساس الفشل في التعلم الاجتماعي ومن جانب آخر فإن التحليل الذي يتم في إطار التعلم الاجتماعي يعزو الانسحاب وعدم النضج إلى البيئة غير الملائمة. أما العوامل السببية فقد تتضمن العديد من الأسباب من أهمها ما يلي:

1- النظام الوالدي مفرط التقييد.

2- العقاب على الاستجابات الاجتماعية الملائمة.

3- التعزيز على السلوك الانسحابي.

4- نقص فرص التعلم

5- نقص الفرص اللازمة لممارسة المهارات الاجتماعية.

6- تقديم نماذج للسلوك غير الملائم.

هذا ويمكن للأطفال المنسحبين أو غير الناضجين أن يتعلموا تلك المهارات التي يفتقرون إليها عن طريق ترتيب الفرص المواتية لتعليم وممارسة الاستجابات الملائمة، ورؤية النماذج التي تقوم بأداء السلوك المناسب، وتقديم المكافآت للسلوك الملائم.

وهناك على وجه الخصوص جانب مهم في السلوك الانسحابي وغير الناضج يتمثل في الاكتئاب وهناك اتفاق بين علماء النفس في الوقت الراهن على أن طبيعة الاكتئاب بين الأطفال والمراهقين تعد شبيهة تماماً في جوانب عديدة بطبيعته لدى الراشدين. كما أن المؤشرات الدالة على الاكتئاب تتضمن بطبيعة الحال عدداً كبيراً منها تعتبر المؤشرات الآتية من أهمها:

اضطراب الوجدان أو المشاعر، عدم القدرة على التركيز، نقص الدافعية، نقص اللياقة الجسمية، الحزن، والتشاؤم، انخفاض تقدير الذات، الشعور المفرط بالذنب، تجنب التفاعل الاجتماعي، والمعاناة من عدة شكاوى ومشكلات جسمية تتعلق بالنوم وتناول الطعام والإخراج. وفضلاً عن ذلك فإن هناك مشكلات أخرى يمكن لها أحياناً أن تصاحب الاكتئاب تبليل الفراش والخوف الشديد من المدرسة،الرفض الشديد للذهاب إلى المدرسة،الفشل في الدراسة،محاولة الانتحاروالاقتران مع الاضطراب السلوكي في كثير من الأحيان. إن إساءة استخدام المواد تُعد أيضاً مشكلة رئيسة بين الأطفال والمراهقين، وقد ترتبط هي الأخرى بالاكتئاب.

وأحياناً يكون هناك سبب بيولوجي يكمن خلف الاكتئاب، ورغم هذا فهناك حالات عديدة لا يوجد فيها أي سبب بيولوجي للحالة حيث هناك العديد من العوامل البيئية أو السيكولوجية التي يمكن أن تؤدي إلى الاكتئاب منها وفاة عزيز، أو حدوث الانفصال بين الوالدين، أو الفشل الدراسي وتستند التدخلات الناجحة لهذه الحالة إلى نظرية التعلم الاجتماعي حيث يتم تعليم الأطفال والمراهقين المهارات الاجتماعية، وأساليب الضبط الذاتي (self- control) إلى جانب تعليمهم النظر إلى أنفسهم على نحو أكثر إيجابية.ل(Gresham&Kern,2004)

التدريس الفعال: RESPONSIVE INSTRUCTION

تلبية حاجات الطلاب الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو انفعالية(اتجاهات للتخفيف من العدوان (التنمر) في المدارس).

فهم العدوان (التنمر): يتناول أحد البرامج موضوع العدوان (التنمر) خلال انخراط أناس مهمين يمكنهم مساعدة المعتدي على تعلم سلوكات أكثر ملاءمة ومساعدة الضحية على تعلّم خيارات للرد، بالإضافة إلى جمع كل المشاركين. يواجه البرنامج المسألة من عدة جوانب (Garrity, Jens, Porter, Sager, & Short - Gamili 1996, 2000)

- **تصور شامل للتقليل من العدوان (التنمر):** إن برنامج غاريتي Garrity وزملاءه يشتمل على المدرسة بكاملها (الطلاب، المدرسون، والإداريون) وكذلك عائلات الطلاب. يتلقى الأعضاء تدريباً حول اجراءات التعامل مع السلوكات العدوانية على نحو فعال، وبعدها يقوم المدرسون بتنفيذ البرنامج في الغرف الصفية. فيما يأتي ملخص لهذا النموذج:

- المشتركون في البرنامج:

1. المعلمون وبقية أفراد الكادر: يحتاج جميع الأفراد في المدرسة إلى معرفة اجراءات المعايير وأن يكونوا راغبين في العمل.

2. الطلاب الذين لا يعتدون على غيرهم ولا يقع عليهم فعل العدوان (التنمر): يعرف هؤلاء الطلاب بأن العدوان يحدث ولكنهم غالباً لا يعرفون هل سيتدخلون وكيف سيتدخلون.

3. المشتركون في العدوان (التنمر): يحتاج الأمر لمخاطبة هؤلاء المعتدون بطرق توقف عدوانهم تجاه الطلاب الآخرين، وتوجيه حاجتهم للقوة في اتجاهات مقبولة اجتماعية.

4. الضحايا: ينبغي حماية الضحايا ودعمهم، وتزويدهم بالمهارات الاجتماعية ومهارات التعامل مع الآخرين وضرورة البحث عن الدعم الخارجي والداخلي لهم.

5. الأهل: ينبغي أن يكون الأهل مطلعين على السياسات المدرسية واجراءاتها (يعرفون نوع الإجراءات التي تستخدم عندما يكون ابناؤهم معتدين أم ضحايا).

اجراءات عملية للتدخل:

1. تدريب العاملين (الموظفين): جميع العاملين ينخرطون في التدريب، ويضم ذلك سائقي الحافلات، والعمال الذين يعملون بعد انتهاء الدوام. يتعلم الأفراد أثناء التدريب عن أوجه العدوان المختلفة (مثال: العدوان الجسدي، المناداة على الأسماء، النميمة، مكالمات هاتفية للتخويف، تهديدات لفظية والحجز في أماكن محصورة)، ويبحثون طرق مواجهة كل من الضحية والمعتدي، ولعب أدوار حل المشكلات وخاصة كيف نواجه المعتدي بطريقة حازمة ومنطقية، وإعداد منهاج مناقض للعدوان مثل اختيار نصوص أدبية حول العدوانيين (المتنمرون) والضحايا أو اعداد مسرحية قصيرة (نقدية) أو عمل فني، وتطوير خطة مدرسية شاملة للتعامل مع حالات العدوان (التنمر).

2. التدخل في الصف: يقوم المعلمون في الغرف الصفية بتزويد الطلاب بقوانين التخلص من العدوان، واستراتيجيات التعامل معهم.

أ-القوانين والاستراتيجيات لايقاف العدوان في غرفنا الصفية: يشير غاريتي وآخرون Garrity&et al (2000) إلى أهمية الخطوات الآتية لايقاف العدوان:

I- لن نعتدي على الطلاب الآخرين.

ii- سنساعد آخرين يتعرضون للعدوان بالحديث من غير خوف، وطلب المساعدة من اليافعين.

iii- سوف نستخدم جهداً إضافياً لإشراك جميع الطلاب بالأنشطة في مدرستنا.

ب- ماذا يمكنني أن أفعله إذا تعرضت للعدوان (التنمر).

1- النجدة وطلب المساعدة من المسؤوليين.

2- التجاهل وتجنب الأمر.

3- الحديث مع الذات وضبط النفس.

ج- ماذا أفعل لو رأيت شخصاً ما يتعرض للعدوان (التنمر):

1- حل المشكلة بطريقة إبداعية.

2- الاتصال وطلب المساعدة من اليافعين.

3- التعاطف.

وأخيراً يقترح غاريتي وآخرون (Garrity&et al ,2000) الاستراتيجيات الآتية من أجل تمكين الضحايا:

1- تعليم أدوار تمثيلية لمهارات تكوين الأصدقاء.

2- تطوير مفهوم احترام الذات يؤثر في الصداقات وكيف يتعامل الفرد مع العدوان.

3- تعليم الضحايا مهارات تساعد على الشعور بالقدرة على التعامل مع العدوان (التنمر).

كريستين ل. سايسكي (Kristin L. Sayeski)

الاعتبارات التربوية Educational Considerations:

غالبا ما يحصل الأطفال المضطربون سلوكياً أو انفعالياً أو على درجات منخفضة في المدرسة، وتكون نتائجهم الأكاديمية عادة غير مرضية، وتزداد معدلات التسرب بينهم مقارنة بغيرهم من الطلاب العاديين، كما أنه عادة ما يتم وضعهم في أماكن أو مواقف أكثر تقييداً. وإضافة إلى ذلك فإن

غالبية هؤلاء الأطفال ينحدرون من أسر فقيرة تنتمي إلى أقليات عرقية، وكثيراً ما يتعرضون لمواجهات مع ذلك النظام القضائي الخاص بالأحداث. وعلى ذلك فإن تقديم البرامج التربوية الناجحة الفعالة للتدخل لهؤلاء الأطفال كما يرى لاندروم وكوفمان (Landrum & Kauffman ,2009) وإيشي – جوردان (Ishii - Jordan,2000) يُعد من أهم المهام التي تواجه التربية الخاصة الآن وتمثل تحدياً لها.

هناك العديد من النماذج النظرية المختلفة التي يمكن لها أن تقوم بتوجيه عمل المعلمين في هذا الصدد. وكما يشير لاندروم وكوفمان (Landrum & Kauffman ,2009) فإن القليل من المعلمين الممارسين هم الذين يتبعون نموذجاً واحداً فقط من توجه نظري معين. وحاليا هناك في الواقع نموذجان نظريان في الوقت الراهن يوجهان غالبية البرامج التربوية حيث تسير تلك البرامج على الأقل وفق أحد هذين النموذجين أو وفقاً لهما معاً. وهذان النموذجان هما:

1- نموذج الضبط السلوكي: Controlling Behavioral

2- نموذج تعليم المهارات الاجتماعية والأكاديمية (النفسي التربوي).

وبالرغم من الاشارة إلى هذين النموذجين فإننا لا نركز على استثناء النظريات الأخرى فالطلاب بحاجة إلى خدمات نفسية واجتماعية متكاملة.

موازنة الضبط السلوكي مع التعلم الأكاديمي والاجتماعي:

Balancing Behavioral Control with Academic and Social Learning

تشير بعض المراجع بأن نوعية البرامج التربوية المقدمة للطلاب الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو انفعالية هي غالباً ضعيفة فالتركيز غالباً يكون على الضبط الخارجي لسلوكات الطلاب، أما التدريس الأكاديمي والتعلم الاجتماعي ففي الغالب كثيراً ما تكون ثانوية أو مهملة كلياً تقريباً .إن استراتيجيات الضبط السلوكية جزء مهم من البرامج التربوية المقدمة للطلاب الذين لديهم مشكلات خارجية ومن غير وسائل فعالة للسيطرة على السلوك الفوضوي من غير المرجح أبداً أن يحدث هناك تعلم أكاديمي أو اجتماعي. ويفضل أن يشرك الطلاب قدر المستطاع في السيطرة على الذات بالإضافة إلى ذلك، يجب على المعلمين أن يقدموا تدريساً فعالاً في المهارات الأكاديمية والاجتماعية تسمح لطلابهم بالعيش مع الآخرين والعمل معهم. (Kauffman& et al, 2011).

أهمية الخدمات المتكاملة Importance of Integrated Services:

هناك ميل لدى الأطفال والشباب الذين يعانون من اضطرابات سلوكية بوجود حاجات متعددة ومعقدة، فهم عادة لديهم مشكلات عائلية ومدرسية وعدد من الصعوبات في المجتمع مثال على ذلك (الاشتراك في أنشطة غير قانونية، وصعوبة في إيجاد وظيفة والاحتفاظ بها) ولذلك فهم يحتاجون عدداً من الأنشطة المنوعة الموجهة للعائلة، والعلاج والإرشاد النفسي، والإشراف المجتمعي، والتدريب المتعلق بالتوظيف. لا يمكن لمؤسسة أن تلبي حاجات معظم هؤلاء الأطفال والشباب، ولكن من الواضح

أن المدرسة تلعب دوراً مهماً (E. M. Z. Farmer & Farmer 1999) و (Kanffman & Lendrun, 2009).

الاستراتيجيات الناجحة Strategies that Work :

إن الاستراتيجيات الناجحة على كافة المستويات، من التدخل المبكر خلال الفترة الانتقالية، تعمل توازناً في الاهتمامات المتعلقة بالمهارات الأكاديمية والاجتماعية وتقدم خدمات متكاملة. تشمل هذه الاستراتيجيات العناصر الآتية:

- **تدخلات منتظمة تعتمد على قاعدة بيانات:** تطبق التدخلات على نحو منتظم ومتناغم (متماسك) وتعتمد على البحث الفعال.
- **التقييم المستمر ومراقبة التقدم:** يقوم المعلمون بإجراء تقييم يومي مباشر للأداء، مع التخطيط المرتكز على هذه المراقبة.
- **ممارسة مهارات جديدة:** لا يتم تعليم المهارات على نحو منفصل ولكنها تطبق مباشرة في المواقف اليومية من خلال النمذجة والتدريب والممارسة الموجهة.
- **العلاج المناسب للمشكلات:** تصمم التدخلات لتلبية حاجات الطلاب وظروفهم الحياتية الخاصة.
- **العلاج متعدد المكونات:** يستخدم المعلمون والمختصون (المهنيون المحترفون) تدخلات كثيرة حسب الحاجة لتلبية الحاجات المتعددة للطلاب (مثال: المهارات الاجتماعية، التدريب، والعلاجات الأكاديمية، والإرشاد أو العلاج النفسي، والعلاج العائلي أو تدريب الوالدين).
- برمجة نقل المعرفة والاستمرارية: تعزز التدخلات نقل التعلم للمواقف الجديدة.
- **إدامة واستمرارية التدخل:** كثير من الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية هي إعاقات نمائية ولا يرجح أن تشفى بل تتطلب دعماً مدى الحياة.

تقديم الخدمة Service Delivery :

هناك نسبة مئوية قليلة نسبياً من الأطفال والشباب الذين لديهم اضطرابات سلوكية أوانفعالية مسجلون رسمياً ومعروفون ويتلقون أي تعليم خاص أو خدمات صحية نفسية (Castella&et 2005 .(al,

ربما أن الطلاب الذين تم وصفهم بأن لديهم اضطرابات سلوكية أو انفعالية (وقد يكون لديهم إعاقات عقلية أو إعاقات أخرى كذلك) يتم وضعهم في بيئات أكثر تقييداً (Restricted) من اولئك الطلاب الذين يصنفون تحت فئة التأثير العالي (High-Inerdence). لأن إعاقتهم أكثر حدة. كما يشير ماتسون (Mattison, 2004)

لا ننكر، أن مشكلات الطلاب الذين لديهم اضطرابات سلوكية أو انفعالية هم أكثر خطورة مما توقع كثير من الناس. إن مصطلح شديد (Severe) لا تنطبق فقط على الانفصام (Schizophrenia)،

إذ يمكن أن يكون لدى الطفل اضطرابات سلوك حادة أو اكتئاب شديد - على سبيل المثال - وتكون آثارها خطيرة جداً ودائمة.

اتجاهات نحو الدمج:Trends Towards Inclusion: بغض النظر عن طبيعة الاضطراب أو شدته، فإن الاتجاه في برامج الطلاب الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو انفعالية هو نحو الدمج في المدارس العادية والصفوف المدرسية. حتى عندما يوضع الطلاب في مدارس منفصلة وصفوف منفصلة فإن المربين يأملون في الدمج في الصفوف العادية. إن دمج هؤلاء الطلاب صعب في العادة ويتطلب عملاً مكثفاً. على أساس كل حالة لوحدها. علاوة على ذلك فإن بعض التربويين والباحثين والأهالي يفضلون وضع الطلاب الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو انفعالية والذين وصلوا لمرحلة الخطورة العالية لاستمرارية المشكلات في صف خاص. (Kauffman,Bantz,& Macullough 2002)

الحاجات المختلفة تتطلب تصنيفات مختلفة:-Different Needs Require Different Place-ment: إن قرارات التصنيف للطلاب الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو انفعالية ذات إشكالية على نحو خاص. المربون الذين يخدمون الطلاب الذين لديهم اضطرابات سلوكية أو انفعالية بدرجة شديدة يقدمون تبريراً كافياً لوجود بيئات خاصة لهؤلاء الأطفال والشباب، يجب وضع الطلاب خارج صفوف التعليم العام إلا اذا تطلبت حاجاتهم ذلك. مع ذلك، فان حاجات الطلاب لتعليم مناسب والسلامة والأمان لها أولوية على التصنيف في بيئة أقل تقييدا..(Kauffman & Brignam, 2009)

بعض الاعتبارات التربوية : In stractional consideration: إن العديد من الأطفال المضطربين سلوكياً أو انفعالياً الذين كانوا يلتحقون بالمدارس العادية قبل أن يتم تحديدهم وتشخيصهم على أنهم مضطربون، كانوا يفشلون في تقليد النماذج الملائمة من جانب أقرانهم، وأن يقوموا بالتعلم منها. ومع أن هؤلاء الأطفال في الواقع يفشلون في تقليد مثل هذه النماذج فإنه من غير المحتمل بالنسبة لهم أن يستفيدوا فقط من وجودهم مع أقرانهم العاديين حيث يُعد التعلم الاجتماعي العرضي غير كاف لتناول تلك الصعوبات التي تواجههم والمشكلات التي يسببونها. ولكي يتعلم الأطفال المضطربون سلوكياً أو انفعالياً من نماذج السلوك الملائم التي يقدمها الأقران فإن غالبيتهم يحتاج إلى تعليم مركز للمهارات الاجتماعية يتضمن متى، وأين، وكيف يقومون باستجابات معينة من السلوك. (Hallenbeek&Kauffman,1995)

إن المنهاج الأكاديمي الذي يتم إعداده وتقديمه للأطفال المضطربين سلوكياً أو انفعالياً يوازي ذلك المنهاج الذي يتم تقديمه لغالبية الطلاب حيث تُعد المهارات الأكاديمية الأساسية ذات قيمة كبيرة لأي فرد في المجتمع يكون في إمكانه أن يتعلمها، كما أن الفشل في تعليم الطفل القراءة والكتابة وأداء العمليات الحسابية الأساسية يحرمه من أي فرصة لتحقيق التكيف الناجح مع المطالب الحياتية اليومية. كما أنه من المحتمل بالنسبة لأولئك الأطفال الذين لا يكتسبون المهارات الأكاديمية التي تسمح لهم بمنافسة أقرانهم أن يتم رفضهم اجتماعياً.

الحاجة إلى المهارات الاجتماعية: Need for Social Skills هذا وقد يحتاج الأطفال المضطربون سلوكياً أو انفعالياً إلى تعليم خاص في المهارات الاجتماعية أيضاً. وهنا فنحن نؤكد على نقطتين مهمتين هما:

1- استخدام أساليب فعالة في تعليم هؤلاء الأطفال المهارات الأكاديمية الأساسية.

2- إن المهارات الاجتماعية والخبرات الانفعالية لا يقلان في أهميتهما عن المهارات الأكاديمية.

كذلك فإن كيفية ضبط المشاعر والسلوك وتهذيبهما، وكيفية التعامل مع الآخرين تعد من الملامح الأساسية التي تميز المنهاج الدراسي الذي يتم تقديمه لهؤلاء الأطفال المضطربين سلوكياً أو انفعالياً حيث من غير المتوقع أن يتعلم أولئك الأطفال مثل هذه المهارات من غير أن يحصلوا على التعليم اللازم في هذا الإطار.

الحاجات الخاصة بجنوح الأحداث: Need of Juvenile Delinquents إن الأطفال الفصاميين أو الذين يعانون من أي اضطرابات نفسية أساسية أخرى يتباينون على نحو كبير فيما يقومون به من سلوكيات، وما يتعرضون له من مشكلات تعليمية حيث يحتاج بعضهم إلى الإيداع بالمستشفى وتلقي الرعاية المكثفة في حين قد يبقى غيرهم في منازلهم، وقد يحضرون إلى مدارسهم العادية. أما عن تلك الاتجاهات الحديثة التي تتعلق بتعليمهم فتبتعد تماماً عن وضعهم في مؤسسات خاصة بهم أو في مدارس التربية الخاصة، بل إنها تسير في اتجاه أكثر وأبعد من الدمج هو ضمهم في المدارس العامة العادية وإن كانت هناك بعض الحالات الخاصة التي يوضع فيها الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية أساسية في المدارس العادية ضمن صفوف خاصة.

ومن ناحية أخرى سوف نجد أنه من الصعوبة على نحو عام تحديد الترتيبات التربوية التي يتم إعدادها للجانحين الأحداث نظراً لأن الجنوح يعد مصطلحاً قانونياً وليس تربوياً، كما أن تلك البرامج التي يتم تقديمها للمراهقين ذوي مستوى الجنوح المرتفع جداً تتباين كثيراً من ولاية إلى أخرى، بل ومن منطقة إلى أخرى في إطار الولاية الواحدة. وأحياناً ما تكون هناك صفوف خاصة أو مدارس في إطار التربية الخاصة تستقبل أولئك المراهقين الذين يكون لهم تاريخ مرضي يتضمن قيامهم بسلوكيات التهديد، أو العنف، أو السلوك الفوضوي. وتتم إدارة بعض هذه المدارس والصفوف في إطار قانون التربية الخاصة وهو الأمر الذي قد لا ينطبق على البعض الآخر من هذه المدارس نظراً لأن الطلاب الذين يلتحقون بها لا يُعدون مضطربين انفعالياً.

ومن الجدير بالذكر أن هناك تبايناً كبيراً في تلك البرامج والممارسات التربوية التي يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال والمراهقين في السجون من الأطفال المسجونين لا يتم تقييمهم على نحو مناسب، ولا يتلقون ذلك التعليم الذي يتناسب مع احتياجاتهم نظراً لعدم وجود المصادر اللازمة لذلك، والانخفاض الكبير لمستوى التعاون بين الهيئات المختلفة، والاتجاه السائد الذي يرى أن الجانحين والمجرمين لا تتاح لهم نفس الفرص التعليمية التي تتاح لمن يمتثلون للقانون من أقرانهم.

تحديات خاصة للمعلمين Special Challenge for Teachers: ويتضح في ضوء ذلك أنه يجب على معلمي الأطفال المضطربين سلوكياً أو انفعالياً أن يتصفوا بقدر كبير من التسامح بالنسبة للكآبة والحزن والرفض دون إبداء أي عدوان مضاد أو انسحاب حيث من المعروف أنهم يقومون بالتدريس لأطفال يتصف غالبيتهم بالرفض من الآخرين. وإذا كانت الشفقة والاهتمام هي كل ما نطلبه لمساعدة

هؤلاء الأطفال لكان من الممكن ألا يتم اعتبارهم مضطربين ومن ثم فإنه لا بد للمعلمين أن يثقوا في تدريسهم لهؤلاء الأطفال، وأن يزودوهم بالمهارات اللازمة. (Kauffman & Landrum, 2009, Kauff-man, Kerr & Nelson, 2001).

التعاون والاشتراك مع مدرس الطلاب ذوي الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية في عملية تدريسهم.

"لا أريده في الصف إذا لم يلتزم بالقوانين!"

لقد وضعت المعايير على مستوى الدولة لتحسين المخرجات التربوية وكذلك سياسات عدم التسامح لزيادة السلامة في المدارس الحكومية ضغطاً متزايداً على جميع المدرسين. إن هاتين المسألتين، إضافة إلى حقيقة أن كثيراً من المربين في المدارس الحكومية لا يحصلون على تدريب أكثر من مجرد إدارة صفية عادية يجعل في الغالب المعلم متردداً في التعاون مع الأخصائيين لدمج الطلاب الذين لديهم اضطرابات سلوكية أو انفعالية.

ماذا يعني أن تكون مدرساً لطلاب لديهم اضطرابات سلوكية أو انفعالية ؟

What Does it Mean To Be A Teacher of Students with emotional or behavioral disorders ?..

تشتمل خبرة المعلم الذي يدرس طلاباً لديهم اضطرابات سلوكية أوانفعالية على فهم السلوك وتقييمه وإدارته وضبطه،لقد حدد مجلس الطلاب غير العاديين),(CEC) (2008) النقاط الآتية كمهارات ضرورية للمعلمين المبتدئين الذين يدرسون طلاباً لديهم اضطرابات سلوكية أوانفعالية:

1. معرفة استراتيجيات منوعة للوقاية والتدخل تجاه الطلاب الذين هم معرضون لخطر الاضطرابات السلوكية أوالانفعالية.
2. استخدام عدد من الاستراتيجيات غير المنفرة لضبط السلوك المستهدف وزيادة انتباه الأفراد الذين لديهم اضطرابات سلوكية أو انفعالية.
3. بناءمنهاج روتيني صفي، واستخدام مهارات في حل المشكلات.
4. تخطيط وتنفيذ أنظمة تعزيز فردية وتعديلات بيئية على مستويات مساوية لشدة السلوك.
5. فهم ايجابيات ومحاذير استخدام الاستراتيجيات والممارسات المستخدمة في تدريس أفراد لديهم اضطرابات سلوكية أوانفعالية.
6. تقييم السلوكات المناسبة وغير المناسبة للأفراد.

استراتيجيات ناجحة للتدريس المشترك: Successful Strategies for Co-Teaching

أثبتت الأبحاث الأخيرة فائدة استخدام الدعم السلوكي الإيجابي (PBS) للطلاب الذين لديهم سلوكات غير مرغوب فيها (مديرية التربية الأمريكية 2009). وحدّد لويس (Lewis,2000) ست خطوات في تطوير PBS دعم السلوك الايجابي للطلاب في أية غرفة صفية (التدخل الثلاثي):

- الخطوة الأولى: حدد السلوك بصورة عملية: بإمكان كل معلم تقديم تغذية راجعة للآخرين ليحدد بالضبط ماذا يعمل الطالب في الغرفة الصفية، وليس مجرد القول، "إنه مشاغب".
- الخطوة الثانية: قم بإجراء تقييم السلوك الوظيفي (FBA). فالسلوكات الوظيفية تستغرق وقتاً وتضم الملاحظة والتحليل ووضع فرضيات حول السلوك. يمكن لمعلمين (أو أكثر) يعملان معاً ملاحظة الطالب في أوقات مختلفة وفي مواقف مختلفة.
- الخطوة الثالثة: طور فرضية حول سبب انخراط الطالب في السلوك.
- الخطوة الرابعة: حدد هدفاً لسلوك بديل. ماذا يريد المعلمون من الطالب فعله بدلاً من السلوك غير المرغوب؟

● الخطوة الخامسة: يعمل المدرسون معاً لتعليم الطالب السلوك الجديد ويعززوه في الصف، ويتأكدون أنه يحقق الأهداف لكل من الطالب والمعلمين.

● الخطوة السادسة: عدل البيئة على نحو كافٍ بحيث أن السلوك السابق غير الملائم لا ينجم عنه نفس النتائج. يحتاج المعلمون الذين يعملون معاً أن يعملوا مع متعاونين آخرين مثل الإداريين وأولياء الأمور، وبقية المعلمين لضمان استمرار الخطة.

إعداد: مارغريت ب. ويس (Margerel P. weiss)

اعتبارات الانضباط Disciplinary Considerations:

تُعد الإدارة الصفية والانضباط من بين أصعب المشكلات أمام المعلمين، سواء في التعليم العام والخاص (Evertson & Weinstein, 2006, Kauffman 2011) فالطلاب الذين لديهم اضطرابات سلوكية أوانفعالية يجعلون من إدارة السلوك مسألة أكثر صعوبة. يضع المربون اليوم أهمية كبيرة للدعم السلوكي الإيجابي وخطط التدخل السلوكي للطلاب الذين عندهم اضطرابات سلوكية أو انفعالية.

باستمرار يدرك الباحثون بأن السلوك المؤدي للمشكلة يحدث بصورة أقل في الصفوف عندما يقدم المعلم تدريباً فعّالاً، ومع ذلك فإن التدريس الجيد وحده لا يكفي لحل المشكلات السلوكية.

كثير من المعلمين والإداريين مرتبكون بخصوص ما هو قانوني. تطبّق القوانين الخاصة في بعض الحالات على الطلاب الذين تم وصفهم بأن لديهم إعاقات. وفي بعض الحالات تطبق القوانين المدرسية المعتادة وفي حالات أخرى لا تطبق. فالقضايا جدلية على نحو خاص للطلاب الذين لديهم اضطرابات سلوكية أوانفعالية لأنه حتى لو كان سلوكهم ذي إشكالية كبيرة فإن أسباب سلوكهم السيء يصعب في الغالب تحديدها. عدم التثبت أو الجدل عادة ما يحيط تغييراً ما في تصنيف الطالب أو توقيفه أو طرده نتيجة لسلوك سيء خطير جداً مثل إحضار سلاح أو عقار غير قانوني للمدرسة.

إن توفير قوانين مثل قانون تعليم الأفراد المعوقين (IDEA) الضبط للطلاب الذين يعانون من إعاقات يُقصد منه الحفاظ على بيئة مدرسية آمنة من دون انتهاك حقوق الطلاب الذين لديهم إعاقات إلى مرحلة الضبط آخذين بعين الاعتبار تأثير إعاقتهم (Cornell & Mayer, 2010).

عدم التسامح Zero Tolerance: واحدة من أهم الإجراءات إثارة وجدلية ومتعلقة بالضبط في مواجهة الإساءات الخطيرة تعرف بعدم التسامح Zero Tolerance.

المعلمون واداريو المدرسة غالباً ما يكونوا غير متأكدين بالضبط ما هي الحرية والقيود التي يسمح بها القانون لهم في ضبطهم للطلاب ذوي الإعاقات، حتى لو كان لديهم سياسة عدم التسامح. يجب أن يبذلوا جهداً في موازنة حقوق الطلاب ذوي الإعاقات مع الصالح العام لإدامة بيئة مدرسية آمنة ونظامية.

العنف والفوضى والمخدرات في المدارس هي مشكلات خطيرة يجب معالجتها ومع ذلك، فإن العقوبة الثابتة ضد سلوك معين من دون اعتبار لأي ظروف أو صفات الطالب يؤدي إلى مشكلات معينة لطلاب التربية الخاصة.(Mayer & Cornell 2010)

تحديد الحالة المعبرة "عن الإعاقة": Manifestation Determination(MD): تطبق قوانين خاصة لضبط بعض السلوكات السيئة الخطيرة للطلاب الذين عرفوا بأن لديهم إعاقات. (Bateman & Li-nelen, 2006). على أية حال، كثير من المدافعين عن التعليم الخاص فيما يتعلق بالانضباط يعتمد على إيجاد بدائل للتوقيف والطرد إزاء إحضار الأسلحة أو المخدرات للمدرسة أو بسبب تعريض الآخرين للخطر. إن إبقاء الطلاب خارج المدرسة ليست هي الطريقة الفعالة لمساعدة هؤلاء للتعلم كيف يتصرفون على نحو مقبول. هناك ثلاثة مفاهيم وإجراءات ذات صلة تقدّم لنا أساساً لكثير من الجدل المحيط بانضباط الطلاب ذوي الإعاقات وهي كما يأتي:

1. حدّد (قرّر) فيما إذا كان السلوك ليس معبراً عن إعاقة الطالب.
2. قدّم وضعاً بديلاً لتعليم الطالب لفترة مؤقتة إذا كان من الضروري إخراج الطالب من المكان الحالي.
3. طوّر خطط تدخل سلوكي إيجابي فاعل.

إن تحديد إذا كان سلوك الطالب السيء معبّراً أو غير معبّر عن الإعاقة يسمى تحديد الحالة المعبـرّة **Manifestation Determination (MD)** ارتكازاً على فكرة تقول أنه من الظلم عقاب الطلاب لانخراطهم في سلوك سيء يُعد جزءاً من إعاقتهم. مع ذلك، فإذا كان السلوك السيء ليس معبّراً عن الإعاقة، عندئذٍ فإنه ينبغي تطبيق العقوبة العادية على الطلاب الذين ليس لديهم إعاقات. على سبيل المثال، إذا كان السلوك السيء هو نتيجة نوبة مرضية مفاجئة أو أية اضطراب عصبي أو إبراز لضعف القدرة العقلية أو توتر عاطفي، عندئذٍ فإنه لا ينبغي عقاب الطالب على ذلك (Sasso&et al, 2001).

تقييم السلوك الوظيفي: Functional Behavioral Assessment: يدعو قانون IDEA لإجراء تقييم للسلوك الوظيفي إذا كان سلوك الطالب يمثل مشكلة على الدوام، ولكن معنى التقويم الوظيفي "ليس واضحاً بالكامل في سياق القانون". إن تقييم السلوك الوظيفي يساعد المربّين على تحديد وتغيير العوامل المسبّبة لسوء التصرف لدى الطالب. ورغم ذلك، فإن ما يطلبه القانون بالضبط من مربّي التربية الخاصة وبقية أفراد المدرسة بخصوص تقييم السلوك الوظيفي غامض (Landrun, 2000). يبدو أن هدف القانون هو الطلب من المعلمين تقييم سلوك الطالب بطرق تؤدي إلى اختبار لاستراتيجيات التدخل الفعّالة ومعرفة كيفية دعم السلوك المرغوب.

دعم السلوك المرغوب Supports for Desired Behavior: ربما أن أهم جزء من توفير الضبط حسب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات هو أن المدارس يجب أن تصمّم خطة تدخل سلوكي ايجابي (BIP) لطالب لديه إعاقات وعنده مشكلات سلوكية. التركيز في هذا الإجراء هو في إيجاد تدخلات فاعلة وإيجابية وتجنّب العقوبة. عندما يتعلق الأمر بالضبط فيجب على المدرسة إعادة تقييم البرنامج التربوي الفردي (IEP) للطالب وبذل الجهود لمواجهة السلوك السيء الذي أدّى للمشكلة، باستخدام وسائل (غير عقابية) إلى أقصى مدى ممكن.

البيئة التربوية البديلة المؤقتة: Interim Alternative Educational Setting: إن قانون تعليم الأفراد المعوقين IDEA يتضمن السماح للمدارس لاستخدام بيئة تربوية بديلة مؤقتة في ضبط سلوك الطالب ذوي الاعاقة والذي لا يمكن ضبطه على نحو عرضي في غرفة التعليم العام أو المدرسة العامة. على سبيل المثال قد تكون البيئة التربوية المؤقتة مدرسة خاصة منفصلة تقدم خدمة لطلاب لديهم مشكلات سلوكية، أو غرفة ملحقة بالمدرسة العادية. والهدف من البيئة التربوية تشجيع المدارس على استخدام مثل هذه البدائل بدلاً من التوقيف أو الطرد. لا يحدد القانون ما يجب أن تكون عليه البيئة التربوية ولكن فقط ما يجب أن توفيره من تعديلات واضحة في البرنامج التربوي الفردي للطالب (IEP). يجب على البيئة التربوية البديلة المؤقتة أن تشتمل على برامج محدّدة لمعالجة ومنع حدوث السلوك غير المرغوب. وتوفير أكبر دعم سلوكي وظيفي ايجابي يمكنهم تقديمه .(Yell&et al,2011)

ما مدى نجاح تحديد الحالة المعبّرة عن الإعاقة (MD)، وتقييم السلوك الوظيفي (FBA) وخطة التدخل السلوكي الإيجابي (PBIS)، والظروف التربوية البديلة المؤقتة (IAES)؟ How Successful Are MDs, FBAs, PBis and IAES ما زال العمل الدؤوب لحل مسائل الانضباط المتعلقة بطلاب لديهم إعاقات مستمراً. فمن ناحية، يريد اداريو المدارس أعلى درجة ممكنة من التجاوب مع التوقعات ومن ناحية أخرى، فإن المربين في التربية الخاصة وآخرين يدافعون عن الطلاب ذوي الإعاقات يرون بأن الالتزام المطلق بقوانين الضبط فشل في التأقلم مع قدرات الطلاب الفردية وحاجاتهم.المتطلبات القانونية المتعلقة بالانضباط، بما فيها التوقيف والطرد سوف تظل مستمرة ما دام أن المربين يجدون طرقاً مثمرة أكثر من التعامل مع السلوكات السيئة الخطيرة. من الصعب تحديد فيما إذا كان السلوك السيء هو نتيجة لإعاقة الطالب، ويظل تحديد إظهار مؤشرات الإعاقة موضوعاً جدلياً ما دام القانون يتطلب منهم ذلك.

ما هي مكونات التقييم السلوكي الوظيفي FBA؟ هل بإمكان المعلمين في الغرف الصفية إجراء القيام بمثل هذا التحليل من دون تلقي مساعدة من الآخرين؟ يقترح البعض بأن التقييم السلوكي الوظيفي يُعد أكثر تعقيداً مما يعتقده كثير من الناس، وأن IDEA (قانون تعليم الأفراد المعوقين) قد كان أبعد إلى حدّ بعيد من قدرة المعلمين على إجراء التحليلات الضرورية. وعلى الرغم من أن الفكرة جيدة، وقد يكون عدد من المربّين قادراً على انجاز التحليل السلوكي الوظيفي (FBA) المفيد (Fox & Gable, 2004).

هل يمكن إيجاد صورة واضحة لإعاقة ما في العادة؟ ماذا نفعل إذا كانت صورة الإعاقة غير معروفة؟ في أية ظروف يمكن للمربين أن يقدموا الدعم الضروري للسلوك الإيجابي؟ هل يمكن من خلال الدعم السلوكي المناسب أن ينجح الطالب صاحب الاضطراب السلوكي في بيئة تربوية عامة؟ هذه هي بعض الأسئلة وأخرى سوف بدون شك تحيّر التربويين على مدى عقود قادمة.

تقييم السلوك الوظيفي Functional Bahavioral Assessment

ماذا يقول البحث What the Research Says:

إن التقييمات السلوكية الوظيفية قد أصبحت ممارسة معيارية في تطوير برامج التعليم الفردية، وخاصة مكونات خطة التدخل السلوكي للطلاب ذوي الإعاقات الانفعالية أو السلوكية.

وفقاً للقانون التربوي للأفراد ذوي الإعاقات IDEA فإنه يطلب من المدارس إجراء تقييم سلوكي وظيفي FBA وخطة تدخل سلوكية ايجابية Bip لأي طالب تم توقيفه لأكثر من 10 أيام وهكذا، فالعبء هو على المدارس لتضمن بأن تقييم السلوك الوظيفي ينفذ بمستوى المعايير التجريبية التي أسست في البحث.

دراسة البحث Research Study

قام فان أكر Van Acker وزملاؤه بتحليل التقييم السلوكي الوظيفي FBA وخطة التدخل السلوكي الإيجابي Bip الذي جرى عبر الولاية لتحديد انتشار "أفضل الممارسات في التنفيذ. وقد جاء التحليل في أعقاب جهد استمر 3 أعوام نيابة عن الولاية من أجل توفير تدريب على "التقييم السلوكي الوظيفي" للمدرسين على شكل ورشات عمل تستمر من يوم إلى يومين. وقد شاركت أكثر من 200 مدرسة وهيئات متوسطة في التدريب بعد اتمام جلسات التدريب، قدم 71 فريق برنامج التدريب الفردي على نحو تطوعي تقييماتهم السلوكية الوظيفية FBA وخطة التدخل السلوكي الإيجابي BIPمن أجل المراجعة للدراسة وقد سجل الباحثون التقييم السلوكي الوظيفي وخطة التدخل السلوكي الإيجابي باستخدام مقياس تقييم معياري.

نتائج البحث Research Finding:

بالرغم من المبادرة على مستوى الولاية المتعلقة بتطوير تقييم سلوكي وظيفي وخطة تدخل سلوكي ايجابي عالية النوعية، أظهرت أغلبية الخطط التي تم مراجعتها عيوباً خطيرة. وأكثر القضايا السائدة هي كما يأتي:

1. الفشل في تحديد السلوكات المستهدفة.
2. عدم التثبت من الوظيفة المفترضة للسلوك.
3. عدم ربط الوظيفة السلوكية بالتدخلات المحددة الموصوفة في خطة التدخل السلوكي الإيجابي BIP.

تطبيق البحث في مجال التدريس Applying the Research to Teaching:

أعدّ أكر وآخرون (Acker&et al,2005) القائمة التالية للفرق حتى يقوموا بتقييم ذاتي لخططهم:

1. حدّد بوضوح السلوك المستهدف.
2. تأكد من وظيفة السلوك المستهدف المفترض.
3. طوّر خطة تدخل سلوكي إيجابي BIP واضحة من خلال سلوك بديل مرغوب.
4. حدد الدعم السلوكي الإيجابي.
5. عدّل كجزء من خطة التدخل السلوكي الإيجابي.
6. خطط من أجل مراقبة وتقييم خطة التدخل السلوكي الإيجابي BIP كملاحظة ختامية، فقد وجد فان أكر Aker وزملاؤه بالفعل بأن التقييم السلوكي الوظيفي FBA وخطة التدخل السلوكي الإيجابي BIP ذا النوعية العالية هي تلك التي قدمها فريق لديه على الأقل عضو واحد من المجموعة ممّن لديه تدريب كاف (مثل: دورة في تحليل السلوك التطبيقي، تدريب في تقييم السلوك الوظيفي FBA).

كرستين لـ. ساسكي (Kristien Sayeski)

تقييم مستوى التقدم Assessment of Progress :

ينبغي أن يشتمل برنامج التقييم المستمر للطلاب الذين لديهم اضطرابات سلوكية أو انفعاليةعلى اجراءات تعالج عدّة مجالات من السلوك الإجتماعي - الانفعالي التي تؤثر في التعلم الأكاديمي، ويشمل ذلك مهارات التعامل بين الأشخاص، والمهارات الدراسية، والدافعية (Diperna, 2006).

يستخدم المعلمون عادة مقاييس التقييم والملاحظة المباشرة لمراقبة تقدم الطلاب في التدخلات السلوكية. هناك عدة مقاييس لتقييم مهارات الطلاب الاجتماعية فمثلا يقيّم مقياس السلوك الاجتماعي المدرسي القدرة الاجتماعية والسلوك غير الاجتماعي وينبغي أن يستجيب له المعلمون وبقية موظفي المدرسة. إن كلاً من المقياسين يتألف من 32 فقرة تغطي الجوانب التالية:

العلاقات مع الأقران، الإدارة الذاتية، السلوك الأكاديمي، العدوانية - سرعة الغضب والانفعال، والسلوك الجرىء والفوضوي. إن قائمة استراتيجيات التعلم والدراسة هي أداة لتقرير ذاتي مناسب للمدرسة الثانوية (LASSI - HS) وطلاب الكليات (LASSI) وذلك لتقييم استراتيجيات التعلم والدراسة.

إن مقياس LASSI يتضمن مقاييس الاتجاه، والدافعية، وإدارة الوقت، والقلق، والتركيز، ومساعدات الدراسة، واستراتيجيات الاختبارات.

أما مقياس تقييم القدرة (الكفاءة) الأكاديمية (ACES; Diperna & Elliot 2000) فهو يقيّم كلاً من المهارات الأكاديمية وكذلك المهارات الاجتماعية والسلوكية التي تؤدي إلى النجاح الأكاديمي. إن المكونات الأكاديمية لمقياس ACES فهي القراءة والفنون اللغوية، والرياضيات والتفكير الناقد. وبالإضافة إلى المهارات الأكاديمية، فإن مقياس ACES يقيس الدافعية والالتزام بالعمل، والمهارات الدراسية، والمهارات المتعلقة بالعلاقات بين الأشخاص إنه مناسب للطلاب في الصف الثاني عشر وكذلك طلاب الكليات.

التدخل المبكر Early Intervention:

تعد الوقاية والاكتشاف المبكر لتلك الحالات كما يرى سبراجو وواكر (Sprague & Walker ,2007) أهدافاً أساسية لبرامج التدخل المختلفة لأي فئة من فئات الإعاقة. أما بالنسبة لأولئك الأطفال المضطربين سلوكياً أو انفعالياً فإن مثل هذه الأهداف تمثل مشكلات خاصة، ومع ذلك تعد تلك البرامج مبشرة بالنسبة لهم حيث ترتبط الصعوبات الأساسية في هذا الموضوع بتعريف وقياس الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية خاصة بالنسبة للأطفال الأصغر سناً. ومن جانب آخر فإن ما يجعل هذه البرامج واعدة بالنسبة لهؤلاء الأطفال الأصغر سناً إنما يرجع كما يرى كايزر (Kaiser ,2003) وكامبس وآخرون (Kamps& et.al ,2000) وكوفمان (Kauffman ,1999) إلى أن سلوكهم الاجتماعي الانفعالي يتسم بقدر كبير من المرونة وهو الأمر الذي يجعل الفرصة مواتية أمام تلك الجهود الموجهة باتجاه الوقاية أن تحقق النجاح المنشود.

وكما أشرنا من قبل فإن تعريف الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية بطريقة تضمن لنا تحديد هؤلاء الأطفال على نحو ثابت وصادق، وتشخيصهم كذلك تُعد مهمة صعبة نظراً لأن تعريف وتحديد وتشخيص هؤلاء الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة تُعد عملية معقدة نظراً لوجود العديد من العوامل الإضافية التي يمكن أن تؤدي إلى ذلك. ويمكن أن نعرض لهذه العوامل على النحو الآتي:

1- أن تلك المهام التطورية التي نتوقع من هؤلاء الأطفال الأصغر سناً أن يقوموا بها تعد أبسط بدرجة أكبر من تلك المهام التي نتوقع أن يقوم الأطفال الأكبر سناً بها حيث أنه إذا كنا نتوقع من الرضع والأطفال الأصغر سناً أن يأكلوا، ويناموا، ويؤدوا تلك المهارات الحركية البسيطة نسبياً، وأن يستجيبوا اجتماعياً لوالديهم فإنه ينبغي أن يقوم الأطفال في سن المدرسة بتعلم المهارات الاجتماعية والحركية الأكثر تعقيداً وتنوعاً، وأن يقوموا بتطوير علاقات اجتماعية مناسبة مع العديد من الأقران والراشدين.

2- هناك تباين كبير في أساليب المعاملة الوالدية التي يبديها الآباء إلى جانب وجود تباين أيضاً في التوقعات الأسرية المرتبطة بسلوك الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وذلك في الثقافات المختلفة.

3- أن معدل نمو الأطفال في سنوات ما قبل المدرسة يُعد سريعاً وهو الأمر الذي يجعل من الصعب علينا أن نحدد في ضوئه أي التطورات هي التي سوف تحدث.

4- أنه غالباً ما تتم ملاحظة الأنماط الأكثر شدة من الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية لأول مرة من خلال سنوات ما قبل المدرسة، ولكن يظل من الصعب أن نحدد الفروق بين الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية الحالات الأخرى كالإعاقة العقلية أو الصمم على سبيل المثال. وغالباً ما تتمثل الدلائل الأولى للاضطراب فيما يأتي:

أ- وجود صعوبة في القيام بالوظائف البيولوجية الأساسية كتناول الطعام، والنوم، والإخراج على سبيل المثال.

ب- وجود صعوبة في إصدار الاستجابات الاجتماعية الملائمة كالاستجابة على نحو إيجابي لمحاولات الوالدين القيام بحمل الطفل.

جـ- حدوث تأخر تعلم اللغة.

كذلك فإن وجود صعوبة في تلك الجوانب الأساسية أو في الوصول إلى الدلائل النمائية الأساسية كالمشي أو التحدث تدل على أن الطفل قد يعاني من إعاقة سلوكية أو انفعالية. إلا أن مثل هذه الصعوبات قد تكون كذلك مؤشرات لحالات أخرى كالاعاقة العقلية، أو الإعاقة الحسية، أو الإعاقة الجسمية. وكذلك فإن تشخيص السلوك الفوضوي بين الأطفال الأصغر سناً يمثل تحدياً كبيراً نظراً لأنهم قد يستجيبون للعديد من العوامل المساعدة على حدوث الاضطراب بنفس السلوكيات الدالة على النشاط الزائد، والعدوان. (Kauffman&Brighaun.2009)

وفي الواقع فإن أنماط السلوكات غير التكيفية التي قد تصدر عن الأطفال بمرحلة ما قبل المدرسة تتمثل في تلك المشكلات التي تدفعهم إلى الصراع المستمر مع والديهم، أو القائمين على

رعايتهم، أو أخوتهم، أو أقرانهم. فالعديد من الأطفال الذين تمت إحالتهم إلى العيادة النفسية بسبب سلوكهم الفوضوي عندما كانوا في المرحلة العمرية من السابعة وحتى الثانية عشرة من العمر قد أبدوا أدلة واضحة على المشكلات السلوكية عندما كانوا في الثالثة أو الرابعة من أعمارهم وربما عندما كانوا في سن أصغر من ذلك. كانت هناك مؤشرات على سلوكهم في فترة مبكرة في حياتهم. (Kauffman,2010)

ومن ناحية أخرى فإن الرضع والأطفال الأصغر سناً الذين يتسمون بحالتهم المزاجية السيئة وصعوبة مراسهم أي الذين يتميزون بسرعة الغضب أو الانفعال أو قابلية الإثارة، والذين يتميزون بأنماط غير عادية من النوم، وتناول الطعام، والإخراج، ويتميزون في الواقع بحدة استجاباتهم للعديد من المثيرات، وبردود أفعالهم السلبية، ويعدون في خطر من تطوير مشكلات سلوكية خطيرة إذا لم يتسم والديهم بالمهارة في التعامل معهم. ومن المحتمل بالنسبة للأطفال في سن المدرسة أن يجعلوا الراشدين أو زملاء اللعب يستجيبوا لهم سلبياً إذا كانوا أكثر عدوانية أو أكثر انسحاباً من المواقف والتفاعلات الاجتماعية قياساً بالعديد من الأطفال في مثل عمرهم.

ونظراً لاستجابة هؤلاء الأطفال لتلك الظروف الموجودة في بيئتهم الاجتماعية، وإمكانية تأثر سلوكهم بالراشدين، بل وإمكانية قيام الراشدين بتشكيل سلوك أولئك الأطفال فإن تحقيق الوقاية الأولية أي منع حدوث المشكلات السلوكية الخطيرة في المقام الأول يعد أمراً عظيماً. وفضلاً عن ذلك إذا ما اتسم الوالدان والمعلمون بتلك المهارات فإن الأطفال المضطربين سلوكياً أو انفعالياً بالفعل لن يجدوا الفرصة مواتية أمامهم كي تزداد حالاتهم سوءاً وهذا ما يعرف بالوقاية الثانوية.

يعد التدخل المبكر فعالاً في الحد من مشكلات الأطفال المضطربين سلوكياً أو انفعالياً رغم صعوبة تحديد تلك المشكلات في السن من 3-5 سنوات ومن هذا المنطلق فإن الأمر يتوقف على تحديد تلك المشكلات في سن مبكرة، ثم تعيين أسلوب التدخل المبكر المناسب. ولكن إذا ما تم تحديد السلوك العدواني أو الانسحابي من جانب الطفل في مرحلة ما قبل المدرسة فإنه يجب أن يتم تحديد أي برنامج من برامج التدخل يعد هو المرغوب فيه، ويُعد هو الأكثر أهمية. وفيما يتعلق بالتدخلات السلوكية تُعد على درجة كبيرة من الفعالية في هذا المضمار. ومن المعروف أن المدخل السلوكي في هذا الإطار يهتم بتحديد سلوكات الطفل، وقياسها، وإعادة ترتيب البيئة وخاصة استجابات الراشدين والأطفال الآخرين لمشكلة الطفل وذلك في سبيل تعليم الطفل السلوك الملائم، وتعزيز هذا السلوك. وهذا يعني أننا بالنسبة للطفل العدواني على سبيل المثال ينبغي أن نمنع حصوله على أي مكافآت اجتماعية على العدوان، فقيام الطفل بضرب طفل آخر، مثلاً يجب أن يؤدي إلى عزله اجتماعياً عن الآخرين لفترة بسيطة وهو ما يعرف بالعزل المؤقت وذلك بدلاً من الانتباه له، أو إعطائه المزيد من الاهتمام.

وباختصار فإننا يمكن أن نقوم في سن مبكرة بتحديد أولئك الأطفال الذين يعدون في خطر يعرضهم للاضطراب الانفعالي أو السلوكي حيث يبدي هؤلاء الأطفال مزيداً من العدوان والانسحاب الاجتماعي، وقد يتعرضون للرفض الاجتماعي، أو مصاحبة الأقران المنحرفين. وبعد أن نقوم بتحديد

مثل هؤلاء الأطفال ينبغي أن يتعلم آباؤهم ومعلموهم كيفية تعليمهم المهارات الاجتماعية، وإدارة مشكلاتهم السلوكية وذلك باستخدام إجراءات إيجابية وغير عنيفة. وهنا يمكننا أن نقرر أنه إذا ما تم تحديد وتشخيص الأطفال المضطربين سلوكياً أو انفعالياً في وقت مبكر من حياتهم، وكانت التدخلات المستخدمة كافية، وشاملة، ومكثفة، ومستمرة، وملائمة يصبح هناك فرصة جيدة للحد من اضطرابهم هذا إلى جانب قيامهم بالأنماط السلوكية العادية أي التي تصدر عن أقرانهم العاديين (غير المضطربين) وهو الأمر الذي يؤكد على أهمية الاكتشاف المبكر لهؤلاء الأطفال، والتدخل المبكر للحد من مشكلاتهم واضطرابهم.

ويشير كوفمان (Kauffman ,2010) أن أهم الأسباب الأولية التي تكمن خلف ندرة حدوث التدخل المبكر تتضمن ما يأتي:

1- القلق الذي ينتاب الراشدين حول تسمية الطفل بذلك الاسم وما يرتبط به من وصمة له.

2- التفاؤل بحدوث نتائج إيجابية مع نمو الطفل المضطرب وتطوره بمعنى أنه سوف يتخلص من مثل هذه السلوكات مع نموه.

3- نقص الموارد اللازمة للتعامل مع الحاجات الضرورية لمثل هؤلاء الأطفال المضطربين.

4- تجاهل تلك المؤشرات التي يبديها مثل هؤلاء الأطفال والتي تتعلق بمشكلاتهم الانفعالية أو السلوكية.

الانتقال إلى مرحلة الرشد Transition to Adulthood:

من الجدير بالذكر أن البرنامج الذي يتم تقديمه للمراهقين المضطربين سلوكياً أو انفعالياً يتنوع ويتباين على نحو كبير في أهدافه ومحتواه. ومع ذلك فما تزال الاختيارات التالية هي الاختيارات الأساسية في وقتنا الراهن. وتتضمن هذه الاختيارات ما يأتي:

1- الصفوف العامة العادية بالمدارس العليا أو الثانوية.

2- المعلمون المرشدون الذين يعملون مع معلمي التعليم العام والذين يوفرون العمل الأكاديمي الفردي وضبط السلوك.

3- غرف المصادر والصفوف الخاصة القائمة أو المستقلة بذاتها والتي قد يتم إرسال هؤلاء المراهقين إليها لجزء من اليوم أو طوال اليوم الدراسي بأكمله.

4- برامج الدراسة والعمل والتي يتم فيها الدمج بين التعليم المهني وخبرات العمل من ناحية والدراسة الأكاديمية من ناحية أخرى.

5- مدارس التربية الخاصة (العامة أو الخاصة) التي تعمل على تقديم المنهج الدراسي العادي المقدم في المدرسة العليا أو الثانوية ولكن في ظل ظروف مختلفة ووضع مختلف.

6- المدارس البديلة التي تقدم برامج فردية غير تقليدية في وضعها ومحتواها.

7- مدارس خاصة أوعامة تعمل بنظام الإقامة الداخلية. (Nelson,et al,2004)

وغني عن البيان أن المراهقين المسجونين المضطربين سلوكياً أو انفعالياً يمثلون إحدى الفئات التي يتم إهمالها في التربية الخاصة.ومن ناحية أخرى يُعد من الصعب تصميم برامج للتربية الخاصة في مستوى المدرسة الثانوية يتم تقديمها للمراهقين المضطربين سلوكياً أو انفعالياً حيث أن مثل هذه الفئة تعد على درجة كبيرة من التباين. كذلك فإن المراهقين الذين يتم تصنيفهم في ضوء أهداف معينة للتربية الخاصة على أنهم مضطربون انفعالياً قد يتسمون بالعديد من الخصائص السلوكية التي تتراوح بين السلوك الانسحابي إلى الجنوح، كما تتراوح معدلات ذكائهم بين التخلف العقلي الشديد والموهبة المرتفعة، أما مهاراتهم الأكاديمية فتتراوح في مستواها بين ذلك المستوى الموازي لما قبل المدرسة وحتى المستوى الموازي للمرحلة الجامعية. وبالتالي يصبح من الصعب أن نجد أن هناك برنامجاً أو نموذجاً معيناً يعتبر مناسباً لهؤلاء المراهقين وهو الأمر الذي يؤكد أن هذه الفئة قياساً بغيرها من الفئات الأخرى تحتاج إلى نوع من التربية يتسم بدرجة عالية من الفردية، والمرونة، والإبداع. وقد تتراوح تلك البرامج في الواقع بين الاهتمام بتعليم مهارات الحياة اليومية في بيئة وقائية إلى الدمج المتقدم في الكلية، ومن الدمج في فصل عادي إلى الاقامة في مستشفى، ومن المنهج التقليدي إلى التدريب المهني الخاص وغير العادي وذلك تبعاً للحالة التي نتعامل معها.

ان الانتقال من المدرسة إلى عالم العمل وحياة الراشدين يُعد مختلفاً بالنسبة للمراهقين المضطربين سلوكياً أو انفعالياً حيث يفتقر العديد منهم إلى المهارات الأكاديمية الأساسية التي تعد ضرورية للتوظيف الناجح. وإضافة إلى ذلك فإنهم غالباً ما يسلكون بأساليب تمنعهم من أن ينالوا القبول، والمساعدة من أصحاب العمل أو من زملائهم في العمل. وليس من المستغرب أن نجد أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة للمراهقين المضطربين انفعالياً وسلوكياً أن يكونوا من المتسربين من المدرسة، ومن بين أكثر من يكون من الصعب تدريبهم على البرامج التي يتم تقديمها في فترة الانتقال هذه.

ومن جانب آخر فإن الانتقال الناجح إلى حياة الراشدين غالباً ما يتسم بالتعقيد بسبب العلاقات الأسرية غير الملائمة، أو التعسفية العقابية، أو التي تتسم بالإهمال حيث هناك نسبة عالية من المراهقين المضطربين سلوكياً تسود بينهم علاقات أسرية من هذا القبيل. وفي الوقت الذي يصل فيه المراهقون الذين تصدر عنهم السلوكيات المضادة للمجتمع إلى المدرسة العليا أو الثانوية فإن هدف أكثر البرامج المقدمة لهم فعالية يجب أن يتمثل كما يرى واكر وآخرون (Walker& et.al, 2004) في مساعدتهم على التكيف مع إعاقتهم. وبدلاً من التركيز على علاج المهارات الأكاديمية والاجتماعية فإن مثل هذه البرامج تعمل على تعليمهم تلك المهارات التي يحتاجون إليها للحياة في المجتمع من ناحية، كما أنها تعمل أيضاً على مساعدتهم على الانتقال إلى عالم العمل، وعلى تطوير أنفسهم مهنياً.

ملخص الفصل (SUMMARY):

ما هي المصطلحات المستخدمة في وصف الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية ؟

العبارة الحالية في القوانين الفيدرالية هي الاضطرابات الانفعالية.

العبارات المستخدم في مختلف الولايات والبلديات Localities متنوعة واحياناً مربكة تشمل تنوعاً في ربط العبارات مثل الاضطراب الانفعالي أوالاضطراب السلوكي، وسوء التكيف الاجتماعي.

ما هو تعريف الاضطراب السلوكي أو الانفعالي ؟

الاضطراب السلوكي أو الانفعالي يشير إلى أشياء محددة على النحو الآتي:

1- وجود مشكلة مزمنة بمعنى أنها لن تختفي بسرعة تحت أي ظروف.

2- سلوك غير مقبول وفقاً للتوقعات الثقافية أو الاجتماعية المختلفة لتلك الجماعة الاجتماعية التي ينتمي الفرد إليها.

تعريف الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية وفقا للقانون الفيدرالي حيث يعرف الاضطراب الانفعالي كما يأتي:

أولاً: أن هذا المصطلح يعني أنه يعد بمثابة حالة معينة تظهر خلالها واحدة أو أكثر من الخصائص الآتية وبصورة واضحة على مدى فترة زمنية طويلة، وتؤثر سلبا في الأداء التعليمي (الأكاديمي) للفرد. وتتمثل تلك الخصائص فيما يأتي:

-عدم القدرة على التعلم.

-عدم القدرة على إقامة علاقات شخصية مع المحافظة على تلك العلاقات.

- صدور أنماط غير مناسبة من السلوكات.

- مزاج عام من الكآبه والحزن.

- الميل إلى تطوير أعراض جسمية أو مخاوف.

النقاط الرئيسة لتعريف ائتلاف الصحة النفسية الوطني والتربية الخاصة هي أن السلوك يتصف بما يلي:

1- أنها ليست مجرد استجابة مؤقتة متوقعة للأحداث الضاغطة في البيئة.

2- أنها تظهر على نحو ثابت في موقفين مختلفين يرتبط أحدهما على الأقل بالمدرسة.

3- أنها لا تستجيب لذلك التدخل المباشر الذي يتم في التعليم العام، أو أن تلك التدخلات التي تتم في التعليم العام لا تعد كافية بالنسبة لحالة الطفل.

-كيف تصنف الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية ؟

ان التصنيفات الخاصة بالطب النفسي ليست مفيدة جداً للمعلمين.

التصنيفات الأكثر فائدة واعتمادية ترتكز على الأبعاد الأولية للعامل الخارجي Externalizing (السلوك الموجه نحو الخارج)، والداخلي (السلوك الموجه نحو داخل الفرد).

ما مدى انتشار الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية ؟

تشير معظم الدراسات بأن 5%-10% من مجتمع الأطفال لديهم مثل هذه الاضطرابات.

ما هي أسباب الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية ؟

الأسباب عديدة ومعقدة، ونادراً ما يحدد سبب وحيد لذلك.

عوامل رئيسة مسببة للاضطرابات تشمل أسباب فسيولوجية، مدرسية وثقافية.

كيف نميز الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية ؟

الحكم الذي يصدره المعلم يلعب أهم دور.

معظم الطلاب دون المستوى العام المتوسط في اختبارات الذكاء والتحصيل الأكاديمي.

يظهر الطلاب العامل الخارجي (العدوان على الآخرين) أو الداخلي في أي سلوك (عدم النضج، الانسحاب، الاكتئاب) أو الدمج بينهما.

ما هي أهم الاعتبارات المتعلقة بالاضطرابات السلوكية أو الانفعالية ؟

اقامة توازن بين الضبط السلوكي والتدريس الأكاديمي أمر مطلوب.

الخدمات المتكاملة مسألة مهمة.

الاستراتيجيات الناجحة تشمل ما يأتي:

- تدخلات منتظمة ومرتكزة على البيانات.
- استمرارية التقييم ومراقبة التقدم.
- توفير فرص ممارسة المهارات الجديدة.
- مواءمة العلاج مع المشكلة.
- علاج متعدد المكونات.
- نقل أثر التعلم والاستمرارية.
- يؤكد تقديم الخدمة على الدمج عندما يكون مناسباً، ويؤكد على أهمية الاستمرارية الكاملة للبرامج البديلة.
- ينبغي أن يكون التدريس فعالا وعلى صلة بحياة الطالب.
- تشمل الاعتبارات الانضباطية الخاصة تقييماً سلوكياً وظيفياً وتدخلاً سلوكياً ايجابياً والدعم.

كيف يقيّم المهنيون المحترفون تقدم الطلاب ذوي الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية ؟

المحترفون قد يستخدمون مجموعة من المقاييس المعيارية والملاحظات لتقييم السلوك، يوصي بإجراء يعتمد على المنهاج من أجل تقييم التقدم الأكاديمي.

اختبار التسهيلات قد يشمل تعديلات في الجدول، مثل تحديد الوقت، أو التقديم.

ما هي الاعتبارات المهمة الخاصة بالتدخل المبكر للمتعلمين ذوي الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية ؟

غالباً ما يقترح التدخل المبكر ولكنه نادر التطبيق

ما هي الاعتبارات المهمة في الانتقال إلى مرحلة سن البلوغ؟

الانتقال صعب ولكنه مهم على نحو خاص لأن النتائج بعيدة المدى ونتائج التوظيف لمعظم الطلاب ليست جيدة.

الفصل 6

الطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد

Learners with Autism Spectrum Disorders (ASD)

د. محمد عبدالفتاح الجابري
قسم الإرشاد والتربية الخاصة
الجامعة الأردنية

صديقة لي قامت بنشر كتاب حول سيرتها الذاتيه بعنوان " شكرا لكم جميعا" لتعبر من خلاله عن امتنانها وشكرها لكل من ساعدها وقدم الدعم لها. لو قدر لي أن أنشر نفس الكتاب، فإنني ساضع العنوان الآتي له " أعتذر لكم جميعا". حيث أنني ساعتذر في كتابي حول ضياعي الذي عانيت منه خلال سنوات شبابي، سأقول في هذا الكتاب: ساعتذر لتلك الفتاة التي كانت معي في الصف السابع حول ما كنت متحمس له نتيجة لبروز عظام فكيها لدرجة تجعله أقرب الى فك القردة، أنا أعتذر فلم ادرك مقدار عدم رغبتها بما فعلته. ساعتذر أيضا من ذلك الفتى الذي أمضى عطلة نهاية الأسبوع في منزلي محاولا عرض "أوبرا عايدة" لكي يساعدني في تحسين قدراتي... ولم أفهم. ساعتذر من تلك المرأة الحائرة التي عرفتها في بدايات مراهقتي والتي حاولت أن توصل لي اعجابها بي.. ولكني للأسف قابلتها بالابتعاد عنها وعدم التواصل العيني معها حتى ابتعدت عني.. وأيضا فإنني لم أفهم. سأقول لهم جميعا... أنا اسف ... فلم أفهم.

تيم بايج

من كتاب: "اللعب المتوازي: رحلة من العزلة وعدم الراحة "

نيويورك، 20 آب 2007،

يتوقع بعد قراءتك لهذا الفصل أن تعرف الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- ما هو التطور التاريخي لاضطرابات طيف التوحد؟
- كيف يُعرّف المختصين اضطراب طيف التوحد؟
- ما هي نسبة انتشار اضطرابات طيف التوحد؟
- ما هي أسباب اضطرابات طيف التوحد؟
- ما هي الطرق المستخدمة للتعرف على الأفراد ضمن اضطراب طيف التوحد؟
- ما هي بعض الخصائص السيكولوجية والسلوكية للطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد؟
- ما هي بعض الاعتبارات التربوية للطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد؟
- كيف يتم قياس مدى التقدم لدى الطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد؟
- ما هي بعض الاعتبارات التربوية الخاصة بالتدخل المبكر للطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد؟
- ما هي أهم الاعتبارات الخاصة بعملية الانتقال لمرحلة الرشد للطلبة ذوي اضطرابات التوحد؟

بعض الاعتقادات الخاطئة والصحيحة حول الطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد

الاعتقاد الخاطئ: يُعد التوحد فئة واحدة منفردة من فئات الاعاقات.

الاعتقاد الصحيح: يتضمن التوحد طيفا واسعا من الاضطرابات والتي تتراوح في مستواها ما بين الشديدة جدا إلى البسيطة جدا.

الاعتقاد الخاطئ: يُعد الأفراد ذوي اضطرابات طيف التوحد معوقين عقليا إلى درجة تحد من إمكانية دمجهم أكاديميا (وخاصة في المرحلة الثانوية) ومهنيا.

الاعتقاد الصحيح: تتضمن فئة اضطرابات طيف التوحد أفرادا يمتد أدائهم العقلي ضمن جميع المستويات. وبالرغم من أن نسبة عالية جدا منهم تعاني من الإعاقة العقلية، إلا أن المستويات الأبسط مثل متلازمة أسبرجر يكون أدائهم العقلي مرتفعا لدرجة تمكنهم من نيل الدرجات الجامعية والعمل في مهنة بنجاح.

الاعتقاد الخاطئ: جميع الأفراد ذوي اضطرابات طيف التوحد يعانون من قصور في المجالات المعرفية ، إلا أنهم مرتفعي الأداء العقلي وعباقرة في مجالات أخرى.

الاعتقاد الصحيح: قلة قليلة جدا من الأفراد ذوي اضطرابات طيف التوحد لديهم ما يعرف "بالأداء غير الاعتيادي أو الخارق" نتيجة وجود عدد من المهارات الخارقة لديهم. يعرف هؤلاء الأفراد باسم "توحد السافانت Autistic Savant" . غير أن هؤلاء الأفراد ليسوا عباقرة في كل مجالات أدائهم الوظيفي، وإنما تبدو مهاراتهم الخارقة منعزلة تماما عن أدائهم في بعض المجالات الوظيفية .

الاعتقاد الخاطئ: هناك ما يعرف باسم "وباء التوحد Autism Epidemic" والذي يشير إلى وجود شيئ خطير في بيئتنا كمادة سمية أو فايروس ما.

الاعتقاد الصحيح: مما لاشك فيه أن أعداد الأفراد ذوي اضطرابات طيف التوحد قد ازداد على نحو ملحوظ عما كان سابقا، ولكن هذه الزيادة يمكن فهمها في إطار النقاط الآتية:

1. زيادة وتوضيح معايير تشخيص التوحد.
2. تضمين المستويات الأبسط من الاضطراب (كمتلازمة أسبرجر).
3. زيادة الوعي العام بمفهوم التوحد بين العامة والمتخصصين من أطباء، وعلماء نفس، وتربويين.
4. التشخيص الدقيق لبعض حالات التوحد والتي كانت تشخص خطئا على أنها تعاني من الاضطرابات العقلية (أو ما يعرف قديما بالاعاقة العقلية).

الاعتقاد الخاطئ: أن مطعوم الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (MMR) يسبب التوحد.

الاعتقاد الصحيح: تشير التقارير الطبية الحديثة وخاصة التقرير الصادر عن المعهد الطبي التابع للجنة الدولية إلى أنه لاتوجد أية دلائل علمية تشير أو تؤكد وجود علاقة بين مطعوم MMR وحدوث التوحد.

الاعتقاد الخاطئ: الأبوة السيئة وخاصة الأمهات الغير مستجيبات عاطفيا أو الباردات عاطفيا (الأم الثلاجة Refrigerator Mother) تسبب التوحد.

الاعتقاد الصحيح: لا توجد أية أدلة علمية تشيرالى أن الأبوة السيئة تسبب التوحد، حتى وان كان احد الوالدين أو كلاهما يتمتع بعدم الاستجابة العاطفية فإن ذلك يفسر على أنه رد فعل لما يتمتع به رضيعهم من خصائص غير طبيعية أو أنه ناجم عن الضغوط النفسية الناجمة عن سلوكيات طفلهم غير الطبيعية.

- المقدمة (Introduction):

يبدو عليهم الجهل بطبيعة الآثار التي تتركها سلوكياتهم الاجتماعية الغريبة أو الشاذة على الآخرين المحيطين بهم. ولعل من المهم أن نشير إلى أن الضعف في القدرة على قراءة الدلالات الاجتماعية يقع ضمن نطاق واسع من أوجه العجز أو القصور المتضمنة في الإدراك، والنمو المعرفي، واللغة، والنمو الاجتماعي. ولعل من المهم أيضا أن نشير إلى أن أوجه القصور أو الضعف تلك تختلف وعلى نحو متباين بين الأفراد الذين يعانون من التوحد. ولايقتصر ذلك التباين على الأعراض فقط وانما يشمل درجة شدة تلك الأعراض بين الأفراد الذين يعانون من التوحد. فبعضهم مثلا تبدو الأعراض لديه شديدة جدا لدرجة تتطلب جهدا بالغا للتعامل معهم، كما أن البعض الآخر تبدو الأعراض لديهم أبسط حيث يظهرون مستويات مرتفعة من الأداء. وقبل البدء بالحديث عن تعريف التوحد وما يرتبط به من تباين في الاضطراب (مثل متلازمة أسبرجر)، فإننا نرى أنه من الضروري أن نقدم سياقا تاريخيا لمناقشتنا لهذا الاضطراب.

نظرة تاريخية: بحوث كانر واسبرجر الأساسية:

بدأ هذا العمل البحثي الأولي في مجال اضطراب التوحد بنشر ورقتين علميتين تم نشرهما في عامين منفصلين هما 1943,1944 أجراهما طبيبين حيث أجرى الأولى ليو كانر (Leo kanner) بينما أجرى الثانية هانز أسبرجر (Hans Asperger). ومع أن كليهما ولد وتربى في فيينا فإن كانر ذهب إلى الولايات المتحدة وكتب ورقته التاريخية باللغة الإنجليزية بينما ظل العمل الذي قدمه أسبرجر مجهولاً أو غير معروف لسنوات عديدة، وربما يرجع ذلك إلى أنه قد نشر بحثه بالألمانية خلال فترة الحرب العالمية الثانية.

وجدير بالذكر كما يرى بلولير (Bleuler 1916/1951) أن كلاً من كانر وأسبرجر قد استخدم مصطلح توحدي (autistic) للإشارة إلى أولئك الأطفال الذين كانوا يلاحظونهم آنذاك مما جعل مصطلح اضطراب التوحد يصاغ في وقت مبكر من القرن العشرين. وتم استخدامه للإشارة إلى أولئك الأفراد الذين توجد لديهم علاقات محدودة أو ضيقة جداً مع غيرهم من الناس ومع العالم الخارجي، والذين ينعزلون عن نسيج الحياة الاجتماعية ويتقوقعون حول ذواتهم. ومن هنا ترى فريث (Frith،2003) أن الكلمات توحدي "autistic" وتوحد "autism" قد اشتقتا في الأصل من الكلمة اليونانية "autos" بمعنى الذات.

دراسة كانر (Kanner's Paper):

يذكر شيورمان وويبر (Scheuremann& Weber, 2002) أن كانر (1943) قد تناول حالات أحد عشر طفلاً من وحدة الطب النفسي بجامعة جونز هوبكينز ووجد أن أهم الخصائص الرئيسة التي يتميز بها هؤلاء الأطفال كانت كما يأتي :

1. عدم القدرة على إقامة علاقة مع الآخرين بطريقة عادية.
2. عزلة توحدية شديدة يبدو أنها عزلت الطفل عن العالم الخارجي.
3. مقاومة واضحة لحملهم أو احتضانهم من قبل آبائهم.
4. قصور في اللغة تتضمن ترديد الكلام أو ما يعرف بالمصاداة (Echolalia).
5. رغبة استحواذية في التكرار والمحافظة على الروتين .
6. قلة الأنشطة التلقائية كسلوك اللعب الطبيعي.
7. الحركة الجسمية الغريبة والمتكررة كالدوران أو التأرجح الدائم أو المستمر.

وفي ضوء ذلك كانت النتيجة الرئيسة التي توصل إليها كانر تتمثل في أن هؤلاء الأطفال يمكن تمييزهم عن الأطفال الذين يعانون من الفصام (Schizophrenia) بثلاث طرق على الأقل هي:

1. يميل الأطفال الفصاميون إلى الانسحاب من العالم، بينما لا يبدو مطلقاً على الأطفال التوحديين أنهم يقيمون أي أرتباطات أجتماعية يمكنهم البدء بها.
2. يتسم الأطفال التوحديون بوجود أنماط لغوية فريدة من أهمها قلب الضمائر فيستخدمون على سبيل المثال الضمير (أنا "I" للإشارة إلى غير العاقل "It" أو الضميرهو "he" بدلا من هي "she") فضلاً عن المصاداة (Echolalia) والتي تعني تكرار الكلمات أو العبارات.
3. لا يبدو أن الأداء الوظيفي للأطفال التوحديين يتراجع مع مرور الوقت كما يحدث بالنسبة لبعض الأطفال الفصامين.

دراسة أسبرجر (Asperger):

تناول أسبرجر (Asperger, 1944) أربع حالات من الأطفال الذين لاحظهم في معسكر صيفي وكانوا يفضلون اللعب بمفردهم، ولا يتفاعلون مع الأطفال الآخرين، وذكر أن هؤلاء الأطفال كانوا يشبهون أقرانهم الذين لاحظهم كانر باستثناء خاصتين أساسيتين هما :

1. كانت نسبة ذكائهم ضمن حدود المتوسط، بالرغم من حصرهم لهذه القدرات في انشغال زائد في مجالات ضيقة مثل الحسابات الرياضية.
2. كانت لغتهم تبدو عادية (سيتم تناول الحديث عن أنماط الشذوذ في لغتهم لاحقا في هذا الفصل).

وقد أشار أسبرجر إلى أن تلك الحالات تعاني من "Autistic Psychopathy" وبعد حوالي أربعين عاماً تقريباً أكتسب هذا العمل شهرة علمية وذلك عندما نشرت (Lorna Wing) بحثاً أشارت من خلاله إلى البحث الأصلي الذي قدمه أسبرجر مما أدى إلى زيادة الاهتمام بهذا الموضوع. وفضلاً عن ذلك قد جذب هذا البحث الانتباه إلى هذه الحالة وهو ما كان بمثابة المحفز الأساسي للأعتراف بتلك المتلازمة كحالة تستحق الاهتمام والانتباه.

تعريف اضطرابات طيف التوحد (Definition of Autism Spectrum Disorders):

بالرغم من أن التوحد قد تم اعتباره فئة منفصلة لوحدها ضمن قانون تعليم الأطفال المعوقين (Individuals with Disabilities Education Act- IDEA) منذ عام 1990م، إلا أن التوحد وغيره من الاضطرابات المشابهة له قد تم جمعها ضمن فئة واحدة واسعة تعرف باسم "اضطرابات طيف التوحد **Autism Spectrum Disorders (ASD)**". ومن المتعارف عليه في الميدان أن تعريف اضطرابات طيف التوحد وتحديد معايير ومحكات تشخيصها تتم وفقا لما ورد في الدليل الاحصائي والتشخيصي (DSM) التابع لجمعية علماء النفس العيادين الأمريكية (-American Psychiatric Association APA). وتقوم الجمعية الآن بإعادة النظر في تعريف هذه الفئة ومحكات تشخيصها والتي سيتم نشرها في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيصي (DSM V) في عام 2013م. ويرى الدليل الاحصائي في طبعته الجديدة المتوقعة، أن تشخيص الفرد باضطراب طيف التوحد يتضمن انطباق المحكات التشخيصية التالية عليه:

1. وجود قصور أو عجز ثابت ودال اكلينيكا في التواصل الاجتماعي والتفاعلات الاجتماعية والتي تظهر في كل مما يأتي:
   أ. قصور أو عجز واضح في التواصل غير اللفظي واللفظي والمستخدم في التفاعل الاجتماعي.
   ب. نقص في التفاعل الاجتماعي المتبادل (الذي يتضمن الأخذ والعطاء في التفاعل الاجتماعي).
   ج. الفشل في تطوير العلاقات المناسبة مع المستوى النمائي مع الرفاق والحفاظ عليها.
2. أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة محدودة وتكرارية ونمطية والتي تظهر في اثنين على الأقل مما يلي:
   أ. سلوكيات لفظية (لغوية) أو حركية نمطية، أو سلوكيات حسية غير عادية.
   ب. التزام زائد بأنماط من السلوك الروتينية والطقوسية.
   ج. مدى من الاهتمامات الضيقة والثابتة.
3. وجوب ظهور هذه الأعراض في سن الطفولة المبكرة.

وتجب الإشارة هنا إلى أن هذه المحكات التشخيصية لا زالت مقترحة في الميدان وقابلة للتعديل إلى وقت ظهور الطبعة الجديدة من الدليل الاحصائي. وقد أوصت الجمعية في سعيها التدريجي نحو إصدار هذا الدليل على تضمين الاضطرابات الآتية ضمن فئة اضطرابات طيف التوحد:

1. التوحد (Autism): انسحاب اجتماعي شديد واضطرابات في التواصل والتي تتضمن في العادة حركات نمطية، ومقاومة للتغيير، واستجابات غير اعتيادية للخبرات الحسية والتي تظهر عادة قبل سن الثالثة من العمر.
2. متلازمة أو اضطراب أسبرجر (Asperger Syndrome or Disorder): والذي يبدو على أنه نوع بسيط من التوحد دون وجود العجز الدال في النمو المعرفي واللغة.
3. اضطراب التفكك الطفولي (Childhood Disintegrative Disorder): نمو طبيعي في حده الأدنى لمدة سنتين وفي حده الأعلى عشر سنوات متبوع بفقدان دال للمهارات والذي يبدو أنه أكثر وجودا لدى الذكور.
4. الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (Pervasive Developmental Disorder Not Other Wise Specified (PDD-NOS)): تتضمن الأفراد الذين يظهرون سلوكات شبيهة بالتوحد ولكنها في مستويات قليلة و/أو ظهورهذه المشكلات بعد سن الثالثة من العمر.

نسبة الانتشار (Prevalence):

في السنوات القليلة الماضية اعتبرت نسبة انتشار التوحد هدفا متحركا يرافقه تقديرات مستمرة في الزيادة. ففي عام 1966 وجد لوتر (Lotter) أن نسبة انتشار التوحد هي 0.04% تقريبا (1 من كل 2.500). وقد أشارت دراسات أخرى أجريت في السبعينيات والثمانينيات من هذا القرن إلى نسب انتشار مشابهة لما أشار إليه لوتر في الستينيات. ويشير كوجان وزملاؤه (Kogan et al., 2009) إلا أن عددا كبيرا جدا من الدراسات المسحية التي تم اجراؤها منذ عام 2000 قد وجدت زيادة كبيرة في معدلات التوحد تراوحت ما بين 1 من كل 333 إلى 1 من كل 91 طفلا. ولعل التقدير الرسمي والأكثر دقة هو التقدير الذي أشار إليه التقرير الصادر عن مركز الوقاية وضبط الأمراض الأمريكي (U.S. Centers for Disease Control and Prevention-CDC) والذي حدد معدل حدوث التوحد بأنه 1 من كل 110 طفلا.

وبالرغم من أن هذه الدراسات الحديثة قد تناولت جميع اضطرابات طيف التوحد وليس التوحد لوحده كما كانت عليه الدراسات القديمة، إلا أن نسبة الانتشار ومعدلات الحدوث تبقى زائدة وعلى نحو يستدعي الانتباه. ومما يستدعي الانتباه أن نسبة انتشار اضطرابات طيف التوحد قد زادت بما

مقداره 57% في الفترة ما بين 2002 و2006م. ويبدو من غير الواضح اذا كان أفراد هذه الدراسات يعانون من التوحد أم من متلازمة أسبرجر أم من غيرها من الفئات ضمن اضطرابات طيف التوحد، إلا أن البيانات المتوافرة تشير إلى أن أعداد الأفراد الذين يعانون من التوحد أكثر منها لدى متلازمة أسبرجر.

ومن الجدير ذكره فيما يترابط بمعدلات حدوث هذه الاضطرابات، أن هذه المعدلات هي أعلى بأربع مرات لدى الذكور منها لدى الأناث (باستثناء اضطراب ريت والذي يحدث لدى الأناث فقط). ومن الجدير ذكره إلى أن هذه الاضطرابات شأنها شأن غيرها من الاضطرابات (مثل صعوبات التعلم، اضطراب عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائدADHD) تنحو لأن تكون أعلى لدى الذكور منها لدى الأناث وفقا لعدد كبير من الأسباب تبدو في حدها الأدنى مرتبطة بكون الذكور بيولوجيا أكثر عرضة للاضطرابات العصبية من الإناث وفي حدها الأعلى مرتبط بتحيز الأخصائيين لإحالة و/أو تشخيص الذكور أكثر من الإناث حين يظهرون سلوكات تقع خارج المدى الطبيعي.

ولعل الزيادة الواضحة في معدلات حدوث التوحد قد قادت البعض إلى التكهن بوجود عوامل سمّية خفية في بيئتنا تعد هي المسؤولة عن مايعرف بمصطلح "وباء التوحد Autism Epidemic"، كما أن البعض الآخر قد أشار إلى المطاعيم التي تعطى للأطفال وعلاقتها بحدوث التوحد. ويبدو أن عددا كبيرا من العلماء قد خلصوا إلى عدم وجود علاقة بين المطاعيم وحدوث التوحد. وقد يبدو من المعقول جدا تبرير الزيادة الحاصلة في معدلات حدوث التوحد إلى مبررين اثنين يُعدان الأكثر دعما في الميدان. يكمن المبرر الأول في أنه وفي حقيقة الأمر لايوجد زيادة حقيقية في معدلات حدوث التوحد (Fombonne, 2001; Frith, 2003; National Research Council, 200; Shattuck, 2006; Wing & Potter,2002) وإنما يمكن تفسير الزيادة في معدلات الحدوث وفقا لثلاثة أسباب (كما يجادل انصار هذا المبرر):

1. توسيع وتوضيح محكات تشخيص التوحد بصورة أصبحت تمكن المختصين من تشخيص الأنواع الأبسط منه كاضطراب أسبرجر.
2. الوعي العام والكبير بماهية هذه الاضطرابات بين الأطباء، وعلماء النفس، والمتخصصين التربويين، والعامة.
3. ظاهرة "بديل التشخيص Diagnostic Substitution" والتي أشارت إلى أن عددا كبيرا من الأفراد يتم الان تشخيصهم باضطرابات طيف التوحد

في حين أنه قد كان يتم تشخيصهم مسبقا على أنهم معاقون علقيا (Coo et al., 2008) أو أن لديهم اضطرابا لغويا نمائيا (Bishop et al, 2008).

أما المبرر الثاني فينادي بأنه وبالرغم من صحة ما ورد سابقا في المبرر الأول، إلا أن كل تلك العوامل لاتفسر جميع أسباب الزيادة في معدلات حدوث التوحدو بالتالي فإنه لايمكن لأحد أن ينفي إمكانية وجود عوامل سببية أخرى غير معروفة بعد تسهم أيضا في زيادة معدلات حدوث التوحد (CDCP, 2009; Hertz-Picciotto & Delwiche, 2008).

الأسباب (Causes):

من الملاحظ أن الزيادة السريعة التي شهدتها معدلات انتشار اضطرب التوحد قد واكبها في الواقع زيادة في محاولات البحث عن تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليه والتي تعد في الواقع مسؤولة عن تلك الزيادة الأمر الذي أدى إلى استبدال النظريات السببية الافتراضية الأولى بعدد من النظريات العلمية التي ترتكز على أسس علمية محددة.

تساؤل مهم

هل يوجد علاقة بين المطاعيم وحدوث التوحد؟

يثار تساؤل مهم حول إمكانية وجود علاقة بين مطعوم الحصبة (Measles) والنكاف (Mumps) والحصبة الألمانية (Rubella) والذي يعرف اختصاراً (MMR) وحدوث اضطراب. وتدل الإجابة عن ذلك إلى وجود خلاف حول ما إذا كانت هذه الأمصال تسبب اضطراب التوحد أم لا إذ أن هناك تأكيدات على أن الثايمورزال (Thimerosal) الذي يحتوي على كميات قليلة جداً من الزئبق يوضع موضع اتهام. فمن المعروف أن الزئبق يؤدي إلى حدوث أوجه قصور نيورولوجية متعددة. إلا أن الأدلة المتاحة تشير إلى عدم وجود علاقة بين هذا المصل وبين اضطراب التوحد. وفيما يلي عرض موجز لكيفية ظهور هذه النظرية الخادعة التي تم قبولها ظاهرياً، والتي كان لها تأثير في عامة الناس وذلك على نطاق واسع والتي تعد بمثابة درس شيق عن كيفية حدوث التفاعل بين العلوم والإعلام والسياسة العامة والنسق القانوني.

دراسة واكفيلد (Wakefield) الأصلية:

في عام 1998 نشر أندرو واكفيلد (Andrew walkefield) واثنا عشر مؤلفاً آخرون بحثاً في مجلة علمية تسمى The Lancet عن اثنتي عشر حالة من الأطفال المحولين إلى عيادة في انجلترا بسبب وجود مشكلات معوية (gastrointestinal problems) وعجز في اللغة. وقد توصل واكفيلد ورفاقة إلى استنتاجين مهمين هما:

1- أن تسعة من هؤلاء الأطفال يعانون من التوحد.

2- قام الأطباء أو الآباء بعزو ظهور الأعراض الخاصة باضطراب التوحد لدى ثمانية من هؤلاء الأطفال إلى تطعيمات الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية MMR حيث ظهرت الأعراض عليهم فجأة بعد التطعيم بفترة قصيرة تتراوح بين 48 ساعة وأسبوعين.

وقد استخلص واكفيلد ورفاقه إلى عدم وجود علاقة بين مطعوم MMR واضطراب التوحد الا أن الأبحاث لازالت في بدايتها ولعل هذا لارتباط قد يوضح شيئا عن آلية حدوث الاضطراب.

وفي هذا الإطار كتب عدد من المحررين تعليقاً على ذلك البحث وأوضحوا أن إحدى المساوئ الكبرى التي تضمنها كانت تتمثل في ظهور الأعراض الدالة على الاضطراب بعد التطعيم بقليل وربما كان ذلك متزامناً للتطعيم.

[illegible]

وبالرغم من أن واكفيلد ورفاقه قد أشاروا إلى انهم لايثبتون أن مطعوم MMR قد سبب التوحد، وبالرغم أيضا من تحذيرات العديد من العلماء لعامة الناس بعدم تصديق ما توصل إليه هذا البحث أو الاعتقاد فيه، فإن هذه التحذيرات لم تصل إلى الكثيرين منهم، وانتشر الخوف سريعاً في أوروبا وأمريكا الشمالية.

[illegible]

وقد دفع رد الفعل العام الكثير إلى إظهار الاهتمام بأن عامة الناس سوف يفقدون الثقة في مصل MMR وهو الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى انتشار الحصبة. وبالفعل فقد قل عدد الأطفال الذين أخذوا مطعوم MMR في الولايات المتحدة الأمريكية الأمر الذي سبب عودة ظهور الحصبة لدى عدد كبير منهم في أمريكا وبريطانيا.

تراجع بعض الباحثين عن آرائهم:

لقد قام عشرة من الباحثين الثلاثة عشر الذين اشتركوا في الدراسة الأصلية الآنفة الذكر بالتركيز على ردود الفعل التي نتجت بعد نشرهم لنتائج الدراسة الأصلية وبناء على ذلك فقد قدم هؤلاء الباحثين تراجعا وضحوا فيه الى أن الهدف الأساسي من تلك الدراسة كان دراسة الاضطرابات المعوية التي تحدث لدى الأطفال فقط. كما أنهم أوضحوا أن البيانات التي توافرت في تلك الدراسة لم تكن كافية لتسمح باستنتاج وجود لأي علاقة بين مطعوم MMR وحدوث التوحد وبأن الوقت الآن أصبح مناسبا للتراجع عن النتائج التي تم الاشارة اليها في الدراسة الأصلية حول العلاقة بين المطعوم والتوحد.

التقرير الصادر عن المعهد الطبي العالي للأكاديمية الأمريكية:

منذ ظهور نتائج دراسة واكفيلد، قامت العديد من المعاهد والمؤسسات الطبية بإجراء العديد من الدراسات التي سعت نحو التحقق من مدى وجود علاقة سببية بين مطعوم MMR والتوحد. وجاء التقرير الثالث الصدار عن المعهد الطبي العالي في الولايات المتحدة الأمريكية ليؤكد بعد مراجعته لعدد كبير الدراسات العلمية عدم وجود علاقة بين المطعوم والتوحد. كما، العديد من الدراسات العلمية قد أشارت الى أنه وبعد ازالة الثايمورزال (Thimerosal) من المطاعيم استمرت معدلات حدوث التوحد في الازدياد (Schechter & Grether, 2008).

وبالرغم من أن العلماء في الميدان قد غدوا مقتنعين بعدم وجود علاقة بين مطعوم MMR والتوحد، الا أن عددا كبيرا من الأهالي لازالوا غير مقتنعين بذلك ولا زالو يؤكدون أن المطعوم هو من سبب حدوث التوحد لدى أطفالهم.

النظريات السببية الأولى أو المبكرة (Early Causal Theories):

يذهب هيويتسون (Hewetson,2002) إلى أن اسبرجر يرى أن هناك أساساً بيولوجياً لاضطراب التوحد، وأن الوراثة تلعب دوراً مهماً وحيوياً في حدوث ذلك الاضطراب . ومن جهة أخرى يرى كانر أيضاً أن سبب اضطراب التوحد يعد أيضا بيولوجياً، ولكنه ذكر أيضاً أن آباء هؤلاء الأطفال لم يكونوا ودودين (Warmhearted) حيث لا حظ وجود عدد قليل جداً من الآباء والأمهات الودودين أو العطوفين في المجموعة كلها التي أجرى دراسته عليها وقام بملاحظتها. ووجد إلى جانب ذلك أنه حتى بعض الزيجات الأكثر سعادة كانت هي الأكثر برودة من الناحية العاطفية، وأن العلاقات بينهما كانت أكثر رسمية فضلاً عن أن ثلاثة من تلك الزيجات كانت فاشلة تماماً. وهنا يأتي السؤال المهم عما إذا كانت تلك الحالة هي المسؤولة فعلاً عن حالة أولئك الأطفال، وإلى أي مدى يمكنها أن تؤدي إلى ذلك فعلاً. والواقع أن انعزالية الطفل منذ بداية حياته تجعل من الصعب علينا أن نقوم بإرجاع الصورة بكاملها إلى نوع معين من العلاقات التي تنشأ بين هؤلاء الأطفال ووالديهم. ويرى كانر(Kanner 1943,1973) أنه يجب علينا إذن أن نفترض أن هؤلاء الأطفال قد جاءوا إلى العالم ولديهم عجز فطري عن إقامة ارتباط عادي بيولوجي مع الآخرين يتسم بالفاعلية.

وعلى الرغم من أن كلاً من كانر وأسبرجر يؤكدان على وجود أساس بيولوجي لاضطراب التوحد فإن الآراء الخاصة بالتحليل النفسي (Psychoanalytic) التي سادت خلال عقد الستينيات كانت هي المسيطرة عل فكر العلماء والباحثين على مدى سنوات عديدة. وفي هذا الإطار ركز التحليل النفسي على فكرة أن الآباء وخاصة الأمهات هن السبب الرئيس في تعرض الأطفال لاضطراب التوحد. ويذهب إيزنبرج وكانر (Kanner&Eisenberg,1965) إلى أن ذلك قد يرجع في الأساس إلى اعتقادهم بأن الفكرة التي ساقها كانر من قبل والتي تتعلق بكون آباء أولئك الأطفال لم يكونوا ودودين أو عطوفين بالإضافة إلى التقرير الذي تقدم به كانر بعد ذلك والذي يؤكد فيه على أن البرود العاطفي أو الانفعالي (emotional refrigeration) كان هو الصفة السائدة بين الأطفال التوحديين. وعلى ذلك اقترح برونو بيتلهم (Bruno Bettelheim, 1967) أن الأم الباردة أو الغير مستجيبة هي من تسبب التوحد. وعليه تم استخدام مصطلح "الأم الباردة (Refrigerator Mother) للإشارة إلى نظرية بيتلهم المقترحة.

وكما لاحظنا في الفصل الرابع لم تمضي فترة طويلة على ذلك حتى صار من الشائع أن يتم توجيه اللوم إلى الآباء على ما يتعرض له أطفالهم من مشكلات. ولذلك لم يتم النظر إلى أفكار بيتلهم على أنها راديكالية أو متطرفة. وعليه فإن من المعقول أن نستنتج إن والدي الطفل الرضيع غير المستجيب نسبياً سوف يبديان عبر الوقت سلوكيات تتسم بالبرود والتباعد. وفضلاً عن ذلك فنحن نعرف إن أسر وآباء الأطفال التوحديين يخبرون الكثير من الضغوط المختلفة نظراً لأنهم يواجهون فجأة وعلى نحو غير متوقع بإعاقة الطفل. وعادة ما نجد أن الطفل لا يبدو مختلفا عن الطفل العادي، وأنه غالباً ما يمر بفترة قصيرة من النمو العادي على مدى عدة شهور أو سنوات قليلة وذلك قبل أن يدرك الآباء أن هناك شيئاً ما خطأ وهو الأمر الذي يجعلهم يتصرفون بطرق وأساليب من شأنها أن تعكس ما يتعرضون له من ضغط نفسي أو هم.

النظريات السببية الراهنة (Today's Causal Theories):

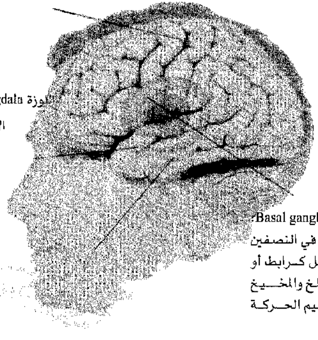
من الجدير بالذكر أنه ليس بمقدور العلماء (National Research Council, 2001; Strock, 2004; Muller, 2007) أن يحددوا على نحو دقيق ذلك الخطأ أو المشكلة التي يشهدها الدماغ أو التي تحدث فيه ويكون من شأنها أن تؤدي في الواقع إلى حدوث اضطرابات طيف التوحد، ولكنهم مع ذلك يتفقون على أن مثل هذا السبب يعد عصبي في أساسه وليس بين- شخصي أو اجتماعي.

الأساس العصبي لاضطرابات طيف التوحد (Neurological Basis of Autism Spectrum Disorders): من الملاحظ كما يرى فولكمار وبولز (Volkmar & Pauls,2003) أن اقتراح وجود أساس عصبي لاضطرابات طيف التوحد إنما يرجع إلى حقيقة مهمة مؤداها أن الأفراد التوحديين يتعرضون في الواقع لمعدل مرتفع لحدوث النوبات وجوانب القصور المعرفية. وفضلاً عن ذلك فإن الدراسات التي تعتمد على التصوير العصبي (والتي تستخدم نفس الأساليب التي تناولناها بالمناقشة في فصول سابقة وخاصة فصل صعوبات التعلم واضطراب عجز الأنتباه المصحوب النشاط الحركي المفرط ADHD) كالرنين المغناطيسي (MRI) والتصوير الطبقي (CAT-Scan & PET Scan) إنما دلت نتائجها إلى وجود أجزاء في المخ تلعب دورا في ظهور أعراض التوحد (Muller, 2007; Strock, 2004; Volkmar & Pauls, 2003) الأمر الذي حذى بالعلماء إلى الاعتقاد بأن التوحد يمكن أن يفهم على أنه اضطراب في الشبكات العصبية (Neural Networks) بدلا من كونه اضطرابا في جزء محدد من الدماغ. كما أن نتائج الدراسات العلمية قد أفادت إلى أن الخلايا العصبية لدى الأفراد ذوي التوحد تعاني من قصور في القدرة على التواصل فيما بينها الأمر الذي يسبب العديد من أعراض التوحد (Glessner et al., 2009).

أما أحد الاتجاهات العصبية الأخرى قد تناول الحديث على نحو خاص عن الدماغ وحجم الرأس لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد (Courchesene, Carper, & Akshoomoff, 2003; Courchesene et al., 2001; Elder, Dawson, Toth, Fein, & Munson, 2008; Fombonne, Roge, Claverie, Courty, & Fremoile, 1999; Fukomoto et al., 2008; Piven, Arndt, Bailey, & Anderson, 1996; Piven et al., 1995). وتكشف مثل هذه الدراسات عن أن حجم الدماغ وحجم الرأس بالنسبة للأطفال الصغار الذين يعانون من اضطرابات التوحد يتزايد وبسرعة في النمو خلال العام الأول ثم لا يلبث بالتناقص حتى يقارب الحجم الطبيعي خلال مرحلة المراهقة.

الشكل (6-1): أجزاء الدماغ المتأثرة لدى التوحد

اللحاء المخي Cerebral Cortex: عبارة عن طبقة رقيقة من مادة رمادية على سطح نصف الكرة المخية. تكون الأنسجة والطبقات التي يتألف منها ثلثا هذه المنطقة. ويعد مسؤولاً عن الوظائف العقلية العليا والحركة العامة والادراك وردود الفعل السلوكية.

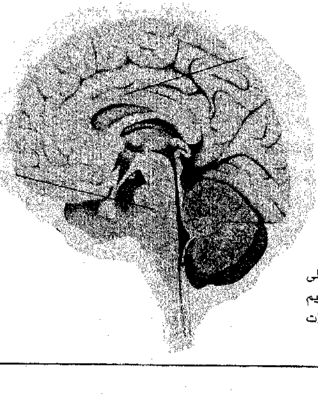


اللوزة Amygdala: تعد مسؤولة عن الأستجابة الانفعالية بما فيها السلوك العدواني

العقد القاعدية Basal ganglia: كتل رمادية عميقة في النصفين الكرويين للمخ تعمل كرابط أو حلقة وصل بين المخ والمخيخ وتساعد على تنظيم الحركة الآلية.

قرن أمون Hippocampus : يجعل من الممكن تذكر المعلومات الجديدة والأحداث القريبة.

الجسم الجاسئ Corpus callosum: يتكون أساساً من أحزمة مربوطة جيداً من الألياف التي تربط النصف الأيمن والأيسر وتسمح بالتواصل بينهما.



جذع المخ Brain stem: موجود أمام المخيخ ويعمل كمحطة ترحيل وينقل الرسائل بين الأجزاء المختلفة من الجسم واللحاء المخي. وهو مسؤول عن أداء وتنظيم الوظائف الأساسية الضرورية للحياة كالتنفس والتحكم في نبضات القلب.

المخيخ Cerebellum: يوجد خلف المخ. ويعمل على التنسيق بين الأنشطة الحركية الدقيقة وتنظيم توازن حركات الجسم والتآزر والعضلات المستخدمة في الكلام

وتختلف النظريات فيما يرتبط بتوضيح السبب غير العادي من وراء الزيادة في نمو الدماغ حيث تقترح بعض النظريات أن هذه الزيادة غير العادية ترتبط بالزيادة المتصاعدة لعدد من هرمونات النمو (Mills et al., 2007). ويرى عدد من العلماء من أنصار نظرية الزيادة في الهرمونات إلى أن الأطفال الذين وجد لديهم مستويات مرتفعة من هرمون الاندروجين (Androgen) – وهو الهرمون المسؤول عن ضبط نمو الخصائص الذكرية– في السائل الأميني لأمهاتهم قبل ولادتهم كانوا أكثر عرضة للتوحد من غيرهم من الأطفال (Auyeung et al., 2009; Baron-Cohen, 2002; 2003; Baron-Cohen, Auyeung, Ashwin, & Knickmyer, 2009). وبناء على هذه النظرية أصبح البعض يشير للأفراد الذين يعانون من التوحد على أن لديهم ما يعرف بمصطلح "الدماغ الذكري المتطرف Extreme Male Brain-EMB). وتبدوهذه النظرية معقولة إلا أن العديد من العلماء في الميدان لازالو يتساءلون حول مدى مصداقيتها.

الأساس الجيني لاضطرابات طيف التوحد (Genetic Basis of Autism Spectrum Disorders):

تبدو النظريات الجينية المفسرة للتوحد الأقوى في الميدان الآن (Sutclifee,2008). تشير نائج الدراسات العلمية إلى أنه اذا شخص طفل بالتوحد فإن فرص تشخيص أحد أخوته الأصغر سنا منه بالتوحد تصل إلى ما نسبته 15%. وتشير الدراسات أيضا إلى أنه حين يتم تشخيص أحد التوائم المتطابقة (Monozygotic) باضطراب التوحد فإن احتمال تعرض التوأم الآخر لاضطراب التوحد سوف تزداد كثيراً قياساً بما يمكن أن يحدث للتوائم غير المتطابقة (Dizygotic). وفضلاً عن ذلك فإذا لم يحظى أي من أفراد أسرة ذلك الطفل بشتخيص التوحد، فإن ذلك لايعني عدم امكانيتهم لإظهار أعراض سلوكية شبيهة بتلك الموجودة في التوحد كقلة عدد الأصدقاء المقربين أوالاهتمامات الضيقة أوتفضيل الروتين على سبيل المثال (Stone, McMahon, Yoder, & Walden, 2007; Volk-mar & pauls, 2003).

بالإضافة إلى وجود السبب الوراثي المباشر لاضطرابات طيف التوحد، تشير العديد من النتائج العلمية إلى أن طفرات جينية منقطعة (Sporadic Genetic Mutations) تبدو مسؤولة أيضا عن حدوث التوحد لدى بعض الحالات. فقد وجد العديد من الباحثين أن طفرات جينية صغيرة تبدو على شكل حذف أو/ ومضاعفة ذاتية لمكونات بعض الجينات تحدث لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد والتي تنتقل لهم من قبل والديهم. وفي هذا السياق تم تشبيه هذه الطفرات وآثارها بنفس الآلية التي تحدث بها متلازمة داون، ويرى العلماء أيضا أن هذه الطفرات تزداد امكانية حدوثها مع زيادة عمر الوالدين وخاصة الأم. ولعل من المهم الاشارة إلى أن العلماء لا زالوا يصارعون في سعيهم نحو تحديد الجين أو الجينات المسؤولة عن حدوث التوحد، غير أن الحقيقة الصعبة تشير إلى عدم القدرة الحالية لدى العلماء على تحديد تلك الجينات، كما أنه لايوجد جين واحد مسؤول عن حدوث التوحد يمكن من خلاله تفسير حدوثه لدى جميع الحالات، وإنما يرى العلماء أن عددا من الجينات هو المسؤول كما يختلف من فرد لآخر (Autism Genome Project Consortium, 2007; Sebat et al., 2007).

التعرف والتشخيص (Identification):

إن تشخيص اضطراب التوحد عادة ما يتم في الوقت الراهن بواسطة طبيب نفسي عيادي (Psychiatrist) بأستخدام المحكات التشخيصية التي قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2010) بتحديدها في هذا الصدد والتي تركز على التواصل والتفاعل الاجتماعي وأنماط السلوك التكرارية والنمطية. وبالإضافة إلى توظيف تلك المحكات يقوم المختصين بملاحظة الطفل في غرفة الفحص والتعرف إلى تاريخ الحالة المفصل من والديه كما يمكن لهم استخدام أدوات الملاحظة السلوكية أوتكليف الآباء أو المعلمين بملأ قوائم سلوكية متنوعة.

ومن بين الأدوات التشخيصية التي يتم الاستناد إليها في تشخيص التوحد يُعد كل من جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد (Autism Diagnostic Observation Schedule-ADOS) والمقابلة التشخيصية للتوحد المعدلة (Autism Diagnostic Interview Revised -ADI-R) من أكثر الأدوات العالمية مصداقية والتي تعرفان بالميدان "بالمعايير الذهبية "Gold Standard لأغراض تشخيص التوحد. حيث يتم توظيف الأداتين معا عند عملية التشخيص، ففي الأولى (ADOS) يتم ملاحظة أداء الطفل من خلال عدد من جلسات الملاحظة المنظمة عبر عدد من أنشطة اللعب، وفي الثانية (ADI-R) يتم مقابلة الوالدين للحصول على المعلومات حول أداء الطفل في جوانب اللغة/التواصل، والتفاعل الاجتماعي المتبادل، والسلوكيات والنشاطات والاهتمامات الروتينية والنمطية.

ولعل من الجدير ذكره أن معظم الأطفال ذوي التوحد يمكن تشخيصهم بعمر الثلاث سنوات أو قبل ذلك بقليل، ويبدو الحال معاكسا فيما يرتبط بمتلازمة أسبرجر والتي عادة ما يتأخر تشخيص أفرادها ولعل السبب يكمن في أن الأعراض فيها تبدو أقل حدة أو شدة كما هو الحال في التوحد. ويبذل العديد من العلماء جهودا مضنية ومتواصلة لتطوير قدراتهم على تشخيص هذه الاضطرابات في مراحل مبكرة من الطفولة مستعينين بالمعلومات التي يقدمها الآباء حول نمو أطفالهم في مراحل طفولتهم المبكرة. ويرى كل من جراي وتونج وبيريتون (Gray, Tonge, & Bereton, 2006) أن الوالدين يلاحظون اختلافات في أطفالهم ذوي التوحد مباشرة قبل حصول الطفل على تشخيص رسمي بالتوحد والذي عادة ما يكون بعد سن الثالثة.

يشير الجدول (6-1) إلى جملة من الدلالات والمؤشرات الأولية التي تدل مبكرا على وجود التوحد. وكما يظهر في الجدول، فإن فقدان أو تراجع القدرة على المناغاة (babbling) أو الحديث أو المهارات الاجتماعية لدى الطفل تُعد من أهم المؤشرات الأولية (Early Signs) الدالة على التوحد. ويشير آباء بعض الأطفال ذوي التوحد إلى أن أبنائهم قد كانوا طبيعين من حيث النمو خلال السنتين الأوليين من عمر الطفل ثم وعلى نحو مفاجئ بدأ أطفالهم بالتراجع في سلوكياتهم. وترى ويرنر ودوسون (Werner & Dawson, 2005) أن ما يعرف بمصطلح "ارتداد التوحد "Autistic Regression يتراوح معدله ما بين 25% إلى 47% بين الأطفال المشخصين باضطراب التوحد. وتشير نتائج الدراسات العلمية التي اتبعت أسلوب مقارنة تسجيلات الفيديو لحفلات عيد الميلاد للأطفال في عامهم الأول

وعامهم الثاني، إلى أن الأطفال الذين أدعى والديهم أنهم قد تراجعوا في أدائهم دلت نتائج مقارنة تسجيلاتهم إلى صدق ما ادعاه الوالدين وبأن هؤلاء الأطفال قد أظهروا تراجعا أو ارتدادا في أدائهم جعلهم يشخصون لاحقا بالتوحد. ولعل هذا الارتداد في الاداء يفسر نزعة الأهل نحو الخلط في الربط بين المطاعيم والتوحد وبين حدوث التوحد لاحقا في العمر بعد فترة نمو طبيعية تقريبا (Landa, Holman, Garrett-Mayer, 2007; Werner & Dawson, 2005).

جدول (6-1): المؤشرات الأولية للتوحد Early Signs of Autism

عمر 6 شهور:

- لاوجود لابتسامة اجتماعية أو غيرها من التعابير المتعة والدافئة.

عمر 9 شهور:

- لاوجود لتشارك متبادل في الأصوات والابتسامات وتعابير الوجه الأخرى.

عمر 12 شهرا:

- لايستجيب الطفل لاسمه عند مناداته به وذلك بصورة ثابتة.
- لاوجود للمناغاة.
- لاوجود لايماءات متبادلة والتي تتضمن القدرة على التأشير أو العرض أو الوصول أو التلويح أو التواصل ثلاثي المحاور (حيث ينظر الطفل إلى والديه، ثم ينظر إلى لعبة ما لإظهار اهتمامه بها، ثم ينظر مرة أخرى إلى والديه لإيصال رسالة معينة مرتبطة بتلك اللعبة).

عمر 16 شهرا:

- لاوجود للكلمات.

عمر 24 شهرا:

- لاوجود لعبارات أو جملة مكونة من كلمتين ذات معنى (مثل بدي أشرب).

أي فقدان للحديث أو المناغاة أو المهارات الاجتماعية في أي عمر.

Sources: Cadigan & estrem (2006/2007); Rogers (2000); Travis & Sigman (2000).

الخصائص السيكولوجية والسلوكية (Psychological and Behavioral Characteristics):

كما لاحظنا من قبل فإن هناك بعض التباين أو الاختلافات في الخصائص السلوكية المصاحبة للاضطرابات المختلفة التي تندرج تحت اضطرابات طيف التوحد، إلا أن مناقشتنا هنا سوف تتركز على اضطراب التوحد ومتلازمة أو اضطراب أسبرجر فقط.

التوحد (Autism):

كما أشرنا مسبقا فإن الأفراد ذوي اضطراب التوحد يظهرون قصورا أو عجزا في التفاعل الاجتماعي، والتواصل، وقدرا من السلوكات والاهتمامات والنشاطات الروتينية والنمطية والطقوسية.

بالإضافة إلى أن البعض يظهر عجزا معرفيا والبعض الآخر يظهر جملة من الاستجابات غير الاعتيادية للمثيرات الحسية.

القصور أو العجز في التفاعل الاجتماعي (Impaired Social Interaction): ترجع معظم مشكلات التفاعل الاجتماعي التي تظهر لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد في واقع الأمر إلى أوجه القصور في الاستجابة الاجتماعية. وفي هذا الإطار غالباً ما يلاحظ آباء الأطفال ذوي التوحد أن أطفالهم الرضع ومن هم في مرحلة المهد لا يستجيبون بطريقة عادية لحملهم أو احتضانهم لهم. وأن الأطفال الصغار الذين يعانون من اضطراب التوحد قد لا يظهرون استجابة فارقة يميزون بين الاستجابة للآباء أو الأخوة أو المعلمين مقارنة بأستجابتهم للغرباء. كما أنهم قد لا يبتسمون في المواقف الاجتماعية المختلفة، أو قد يبتسمون أو يضحكون عندما لا يكون هناك شيء مضحك. وفضلاً عن ذلك فإن تواصلهم البصري يختلف بدرجة دالة مقارنة بغيرهم حيث يقومون أحيانا بتجنب تلاقي الأعين مع الأخرين، أو يقومون بالنظر إليهم من أطراف أعينهم وقد لا يكترثون بالآخرين أو يهتمون بهم بينما يبدون الاهتمام بالأشياء أو حتى أجزاء منها. وقد لا يتعلمون كذلك أن يلعبوا على نحو عادي. وفي الواقع فإن مثل هذه الخصائص تمنع الطفل من تطوير تعلق أو ارتباط عادي بأي من والديه أو تكوين صداقات مع أقرانه.

القصور أو العجز في التواصل (Impaired Communication): ترى شيورمان وويبير (Scheuermann & Webber, 2002) إلى أن معظم الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد تعوزهم الرغبة أو النية للتواصل (lack communicative intent) , أو حتى الرغبة في التواصل لتحقيق أغراض إجتماعية معينة. ويعتقد البعض أن 50% من هؤلاء الأطفال هم غير ناطقين (Mute) أي أنهم لا يستخدمون اللغة على الإطلاق، أو أنهم في أحسن الأحوال يكادون لا يستخدمونها (Scheuermann & Webber, 2002). أما الأطفال الذين يكون بوسعهم التحدث نظراً لتعلمهم بعض الكلمات فيبدون أوجه شذوذ في نغمة الصوت (Intonation) ومعدل التحدث (Rate) وطبقة الصوت أو جهارته (Volume) ومحتوى اللغة التي يتحدثونها. وقد يبدو كلام بعضهم آليا كالروبوت (Robotic) أو قد يقوموا بالترديد أو مصاداة الكلام (Echolalia). وفضلاً عن ذلك فإنهم قد يقلبون الضمائر فيستخدمون الضمير "أنت (you) بدلا عن "أنا" (I)، أو يقومون بالإشارة إلى أنفسهم بالضمير"هي أو هو" (he or she) بدلاً من الضمير " أنا" (I or Me). ويُعد استخدام اللغة كأداة للتفاعل الاجتماعي أمراً صعباً بصفة خاصة بالنسبة لمعظمهم. وإلى جانب ذلك فإننا نجد أنهم إذا ما اكتسبوا بعض المفردات اللغوية فإنهم قد يجدوا صعوبة في استخدام مثل هذه المفردات في التفاعلات الاجتماعية المختلفة نظراً لأنهم لا يدركون ردود أفعال أولئك الأفراد الذين يستمعون إليهم.

وتشير عدد من نتائج الأبحاث وبقوة إلى أن الأطفال الذين يظهرون قصورا أو عجزا في القدرة على التواصل والتفاعل الاجتماعي في الطفولة المبكرة يعانون في الأساس من عدم القدرة على تطوير مهارات الانتباه المتشارك (Joint Attention) حيث يشير الانتباه المتشارك إلى العملية التي يستطيع

من خلالها الشخص تنبيه الآخرين نحو مثير ما في البيئة عبر قنوات التواصل غير اللفظية مثل التأشير (pointing) والنظر (gaze). فعلى سبيل المثال يستطيع شخص ما النظر إلى شخص آخر ثم يؤشر نحو شيء ما ثم يعود مرة أخرى للنظر لذلك الشخص. وفي هذه الحالة فإن الشخص الذي قام بعملية التأشير يُعد منشأ للانتباه المتشارك وذلك بجعل الشخص الآخر ينظر إلى ما يتم التأشير إليه، في حين يُعد الشخص الذي ينظر لما تم التأشير إليه مستجيبا للانتباه المتشارك (Adamson, Bakeman, Deckner, & Romiski, 2009; Glifford & Dissanayake, 2008; Murray et al., 2008).

أنماط السلوك النمطية والتكرارية (Repetitive Stereotyped Patterns of Behaviors): يبدي العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد العديد من السلوكات النمطية اللغوية أو الحركية من مثل السلوكات التي تتسم ببعض الطقوس الحركية كالدوران (Twirling) أوتدوير الأشياء (Spinning) أوالتصفيق بالأيدي (Flapping) أوالتأرجح أو الهزهزه (Rocking) والتي تشبه ما نراه عند الأفراد المكفوفين (أنظر الفصل 9) . وهناك خاصية أخرى دائماً ما ترى باضطراب التواحد والاضطرابات ذات الصلة تتمثل في الانبهار بالأشياء أو الانشغال المفرط بها ووجود مدى محدود جداً من الاهتمامات. ومما تجدر الإشارة إليه أن الأطفال التوحديين قد يلعبون بشيء معين أو لعبة معينة لعدة ساعات في المرة الواحدة وذلك بطريقة طقوسية محددة ومعينة، أو أنهم يظهرون أهتماماً زائداً بأشياء من نوع خاص. كذلك فإنهم ينزعجون من أي تغيير يمكن أن يطرأ على البيئة كتحريك شيء معين من مكانه أو إحضار شيء جديد إلى المنزل أو الفصل أو أي تغيير في الروتين المعتاد. إن بعض الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد يقصدون الإبقاء على الأشياء كما هي دون أن يلحق بها أي تغيير حيث تواجههم صعوبة كبيرة في الغالب حال حدوث أي تغيير أو تحول أو حتى تبدل في الأشياء في البيئة المحيطة (Adreon & Stella, 2001; Myles & Simpson, 2001).

القصور أو العجز المعرفي (Impaired Cognition): يبدي معظم الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد العديد من أوجه القصور المعرفية التي تشبه ما يبديه ذوي الاعاقات العقلية. غير أن المشكلات الخاصة بالمعالجة المعرفية تبدو أنها تميز الأفراد ذوي التوحد دون سواهم. ويشير سيكيولر (Schuler,1995) إلى أن أولئك الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد يجدون صعوبة في ترميز وتصنيف المعلومات أو تبويبها ويعتمدون على فهم الأمور بمعانيها الحرفية، كما يبدو أن بوسعهم تذكر الأشياء المختلفة وفقاً لمواقعها في المكان وليس بناء عل فهمهم لصورتها الكلية أو التكاملية. فعلى سبيل المثال يعني التسوق لديهم الذهاب إلى متجر محدد في شارع محدد بدلاً من مفهوم الذهاب إلى التسوق في أي نوع من المحلات أو المتاجر والتجول فيها وربما القيام بشراء شيء معين منها بالأضافه ألى الجوانب الأخرى التي يتضمنها مفهوم التسوق. ولعل هذه القدرة على إدراك مواقع الأجزاء وليس صورتها التكاملية تفسر السبب الذي يجعلهم يتفوقون في تجميع أجزاء لعبة البازل (Puzzle) معاً أو بناء الأشياء المختلفة باستخدام المكعبات أو أداء المهام التي تتضمن المطابقة أو رسم الصور المنقولة. كما أن هذه القدرات توضح سبب أدائهم المتدني أو السيئ في تأدية المهام التي تتطلب فهما لغويا أو لفظيا أو تعبيريا (Scheuermann & Webber, 2002).

ومن جهة أخرى فإن بعض الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد يتميزون بمهارات غير عادية تجعل من ينظر إليهم أو يتعامل معهم يعتقد في البداية أنهم عباقرة (geniuses). ويعرف هؤلاء الأفراد بمصطلح توحد السافانت (Autistic Savant). إن أفراد هذه الفئة قد يعانون من مستوى شديد نسبياً من اضطراب التوحد حيث يبدون تأخراً نمائياً شديداً في الأداء الوظيفي الكلي والاجتماعي والمعرفي إلا أنهم يظهرون أيضاً قدرة فائقة (Splinter Skill) أو موهبة مميزة واضحة في مهارات محددة منعزلة كالقدرة غير العادية أو الخارقة على عزف الموسيقى أو الرسم أو إجراء العمليات الحسابية، في حين قد لا تكون لديهم المهارات التي تمكنهم من شراء سلعة أو أشياء معينة من محل البقالة مثلاً. وفي هذا الأطار تُعد شخصية رايموند (Raymond) التي قام بها دوستين هوفمان (Dustin Hoffman) في فيلم رجل المطر (Rain man) مثالا على توحد السافانات. ونظراً للقدرات الخارقة التي يبديها مثل هؤلاء الأفراد عادة ما يكونوا هدفاً لوسائل الإعلام، وعادة ما تكتسب الأفلام التي تتناول شخصيات من هذا القبيل شهرة وشعبية كبيرة الأمر الذي يؤدي إلى إساءة فهم مثل هؤلاء الأفراد من جانب عامة الناس حيث يعتقدون على سبيل المثال أن معظم الأفراد ذوي التوحد ما لم يكونوا جميعاً يتمتعون بمثل هذه القدرات المذهلة. وعلى الرغم من عدم وجود أرقام محددة لدينا عن توحد السافانات الا أن التقديرات تشير إلى أنهم لا يتجاوزن 10% من الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد.

الإدراكات الحسية غير العادية (Abnormal Sensory Perceptions): مما لا شك فيه أن بعض الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد عادة ما يكونوا إما مفرطي الأستجابة (Hyperresponsive) منخفضي الأستجابة (Hyporesponsive) لمثيرات معينة في بيئتهم (Ben-Sasson et al., 2009). فعلى سبيل المثال يظهرون بعضهم حساسية مفرطة للمثيرات البصرية في بيئتهم (كأضواء الفلورسنت مثلا) أو للمثيرات اللمسية (كاللمس مثلا)، بينما يبدو البعض الأخرمعاكسا فقد يتسمون بدرجة كبيرة من عدم الاستجابة للمثيرات السمعية أو البصرية أو اللمسية. وفي الحقيقة فإن الأمر بالنسبة للشخص العادي يؤدي به إلى الاعتقاد بأنهم صم أو مكفوفين. أما البعض الآخر فقد يظهرون خليطاً للحساسية المفرطة والمنخفضة كأن لا يستجيبون لصوت الضوضاء العالية (مثل جرس إنذار الحريق) في حين يكون رد فعلهم مفرطاً لشخص ما يصدر صفيراً أو همساً من مسافه بعيدة.

اضطراب أو متلازمة أسبرجر (Asperger Syndrome):

إن الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر يظهرون ضعفاً أو قصوراً في نفس المجالات التي تم الإشارة إليها في التوحد (التفاعل الاجتماعي والتواصل وأنماط السلوك التكرارية والنمطية والمعالجة المعرفية والادراك الحسي) مع اختلاف حدتها أو شدتها عما هي عليه في التوحد حيث تعد هذه المتلازمة بمثابة مستوى بسيط من اضطراب التوحد. وسوف نركز في مناقشتنا الراهنة بالنسبة للخصائص المميزة لأولئك الأفراد على المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل نظراً لأن معظم الباحثين يرون أن التفاعل الاجتماعي يعد هو التحدي الأكبر الذي يواجههم ولأن مشكلات التواصل التي يعانون منها عادة ما يكون من شأنها أن تسهم في عزلتهم الاجتماعية.

القصور أو العجز في التفاعل الاجتماعي (Impaired Social Interaction): يتمثل السبب الرئيس في عدم قدرة الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر على إقامة التفاعلات الاجتماعية في عدم قدرتهم على قراءة الاشارات الاجتماعية (Social Cues). فهم غير قادرين في الحقيقة على فهم المكونات الأساسية التي تشكل السلوك الاجتماعي الملائم. ونظراً لأن أدائهم العقلي واللغوي عادة مايكون مرتفعاً يصبح من السهل على الآخرين أخذ الانطباع بأنهم لا يراعون بإرادتهم قواعد الذوق والتصرف أو الإتيكيت الاجتماعي الأمر الذي يؤدي إلى زيادة عزلتهم عن المحيطين بهم مما يصعب عليهم إقامة العلاقات الاجتماعية مع الرفاق وتكوين الأصدقاء والاحتفاظ بهم.

وتعود العديد من أوجه الصعوبة في التفاعل الاجتماعي لدى أفراد متلازمة أسبرجر إلى عدم القدرة على التفكير في المواقف الاجتماعية بصورة دقيقة. وبناء على ذلك فهم يفهمون سلوك أو لغة الآخرين حرفيا فقط. كما أنهم يفسرون المواقف منطقيا أو عقلانيا مستثنيين بذلك المشاعر والانفعالات منها. ومثال ذلك إذا قيل لأحدهم "أن السماء تمطر ذهبا" فإنهم يأخذونها بصورة حرفيه ولايفهمون المغزى منها، وقد يستجيبون بقول "لا ... تبدو السماء صافية اليوم" أو "السماء تمطر مطرا فقط".

ويذهب مايليز وسمبسون (Myles & Simpson, 2003, 2001) إلى أن أساس المشكلات الاجتماعية التي يتعرض لها الأفراد الذين يعانون من اضطراب أسبرجر إنما يرجع في الأساس إلى ما يعرف بفكرة المنهاج الخفي (Hidden Curriculum). ويشير المنهاج الخفي إلى تلك الأوامر والنواهي (dos and don'ts) التي تتضمنها حياتنا اليومية والتي يتعلمها معظم الأفراد بطريقة عرضية (Incidentally) أو عن طريق قدر محدود من التعليم من قبل الآخرين. وتمثل تلك الأوامر والنواهي سلوكيات أو أساليب للتصرف يأخذها معظمنا كمسلمات. ويعرض الجدول (6-2) بعض الأمثلة لتلك البنود التي يتضمنها المنهج الخفي.

الجدول (6-2): أمثلة على المنهج الخفي

• لا تعطي للتلاميذ النقود كي يكونوا أصدقاء لك.
• لا تتحدث مع الأولاد الآخرين في الفصل أثناء الدرس.
• عندما يوبخ المعلم زملاءك آخر لا يكون من المناسب أبداك أن تسأله أي سؤال.
• لا تخبر طالباً عن تلك الهياكل العظمية الموجودة في خزانات والديك.
• لا تقم برسم أي مشاهدة للعنف في المدرسة.
• أثناء المحادثة عليك أن تواجه المتحدث وأن تضع جسمك في هذا الاتجاه.
• تحدث إلى المعلمين بصوت عذب حتى يردون عليك بطريقة أكثر إيجابية.

ومن الملاحظ أن مثل هذه القواعد في كيفية التفاعل أو إقامة التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين بالنسبة لأولئك الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر تبقى أو تظل خفية وما يجعل الأمر برمته أكثر صعوبة يتمثل في أن ذلك المنهج الخفي (أي الأوامر والنواهي) يختلف في العديد من المواقف المختلفة أي أنه يختلف باختلاف الموقف الذي يوجد الطفل فيه.

القصوروأو العجز في التواصل (Impaired Communication): أن الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر عادة ما يكون بوسعهم التعبير عن أنفسهم باستخدام المفردات اللغوية والقواعد النحوية التي تناسب أعمارهم، ولكنهم مع ذلك يستخدمون العديد من المفردات اللغوية الخاصة. كذلك فإنهم غالباً ما يعانون من مشكلات تتعلق بالاستخدام الاجتماعي للغة (Pragmatics) فقد يتحدثون مثلا باستخدام وتيرة صوتية واحدة أو يتحدثون بصوت مرتفع جداً أو بسرعة كبيرة جداً أو ببطء شديد جداً أولا يكونون ماهرين في أخذ الأدوار في المحادثة أو يكررون نفس الشيء مراراً وتكراراً (Colle, Baron-Cohen, Wheelwright, & Van der Lely, 2009). وكما لاحظنا في الفصل السادس فإن الأفراد ذوي صعوبات التعلم يمكن أن يظهروا أيضا مشكلات مشابهة في الاستخدام الاجتماعي للغة ، غير أن هذه المشكلات لدى أفراد متلازمة أسبرجر أكثر شدة وشمول. كما أن جوانب القصور في هذا المجال قد تصل إلى مهارات التواصل غير اللفظي مثل الوقوف بالقرب من شخص أخر بصورة غير مقبولة اجتماعياً أو التحديق في شخص معين لفترة طويلة أوعدم القدرة على الاتصال بالعين أو إظهار تعابير الوجه أوالفشل في استخدام أو فهم الإيماءات والتعبيرات الوجهية المختلفة (Myles & Simpson, 2003).

نحو بناء نظرية موحدة لاضطرابات طيف التوحد (Attempts to Construct a Unifying Theory of Autism Spectrum Disorders):

بالرغم من وجود العديد من الخصائص السيكولوجية والسلوكية التي يتم عزوها إلى أولئك الأفراد ذوي اضطرابات طيف التوحد فإن بعض الباحثين قد حاولوا تقديم نظريات يمكن أن تفسر كثيرا من هذه السلوكيات التي تصدر عنهم (Frith, 2003; National Research Council, 2001; Volkmar & Pauls, 2003) . هناك ثلاث نظريات رئيسة تتناول أوجه القصور هذه وهي: (1) نظرية الوظائف التنفيذية، (2) نظرية الترابط أو التماسك المركزي الضعيف، (3)نظرية العقل أو المعرفة. ومع أنه من غير الممكن أن يتم من خلال أي واحدة فقط من هذه النظريات الثلاث في حد ذاتها تفسير جميع المشكلات العديدة التي يبديها هؤلاء الأفراد إلا أننا إذا ما عدنا إلى هذه النظريات معا فإنها سوف تساعدنا في البدء بتكوين صورة مركبة لاضطرابات طيف التوحد.

نظرية الوظائف التنفيذية (Executive Functions): ذكرنا في الفصل السابع أن الكثير من الأفراد الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد (ADHD) يواجهون العديد من المشكلات في السلوكيات الموجهة ذاتياً. وعادة ما يشار إلى مثل هذه السلوكيات على أنها وظائف تنفيذية تتضمن أشياء عديدة مثل الذاكرة العاملة والتنظيم الذاتي للانفعالات والقدرة على التخطيط للأمام. وتدل نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا الصدد على أن العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد يواجهون مشكلات عديدة في الوظائف التنفيذية وأن مثل هذه المشكلات غالباً ما تكون أكثر في حدتها أو شدتها قياساً بتلك التي يخبرها الأفراد ممن يعانون من الـADHD (Luna, Doll, Hegedus, Minshew, & Sweeney, 2007).

نظرية الترابط أوالتماسك المركزي (Central Coherence): يشير بعض الباحثين إلى أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد عادة ما يكون لديهم ترابط أو تماسك مركزي ضعيف (Weak Central Coherence). وطبقاً لهذه النظرية فإن الترابط المركزي يعد الميل الطبيعي لمعظم الأفراد لإضفاء النظام أو الترتيب والمعنى على المعلومات التي توجد في بيئتهم وذلك عن طريق إدراكها ككل ذي معنى بدلاً من إدراكها كأجزاء متباينة. إلا أن الأفراد ذوي اضطراب التوحد يعدون من ناحية أخرى على العكس من ذلك فهم يدخلون في التفاصيل بطريقة كلاسيكية ولا يستطيعون رؤية الغابة كأشجار (وهي رؤية الصورة الكلية بدلاً من الجزئية) (Frith, 2003). وتذهب فريث (Frith. 2003) إلى أنه من المهم أن نعلم أنه لا يبدو على بعض الأفراد التوحديين أنهم يدركون أن طريقتهم في معالجة المعلومات أو تجهيزها غير مترابطة، ولا يبدو كذلك أن لديهم أي رغبة أو حاجة لتحقيق الترابط بين إدركاتهم الجزئية للأشياء ووضعها في إطار كلي متكامل.

نظرية العقل أو المعرفة (Theory of Mind): تشير نظرية العقل أو المعرفة إلى قدرة الشخص على أخذ منظور الآخرين بعين الاعتبار. وهي بذلك تشير إلى القدرة على قراءة عقل الآخرين فيما يتعلق بأشياء معينة كالنوايا والمشاعر والمعتقدات والرغبات. وقد أوضحنا من قبل مدى الصعوبة التي يواجهها الكثير من الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر عند قراءة الإشارات الاجتماعية. وتعد قراءة الإشارات الإجتماعية في الواقع بمثابة طريقة أخرى للقول بأن الشخص يمكن أن يتوقع ويفهم ما يفكر فيه شخص آخر. وفي هذا الإطار فإن معظمنا لديه القدرة على استنتاج الحالة الانفعالية لأولئك الأفراد الذين نتحاور معهم من خلال تفسير الإشارات المختلفة مثل نبرة الصوت وتعبيرات الوجه. كما أننا قادرون من ناحية أخرى على قياس كيف يكون رد فعل الآخرين لما نقول وذلك باستخدام إشارات مشابهة. وفي واقع الأمر فإن أولئك الافراد الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد إنما يبدون درجات متباينة ومختلفة من الصعوبة في استنتاج أفكار الآخرين وهو ما يجعلهم غير قادرين على أن يقوموا بأخذ دور الآخرين.(Kaland, Gallesen, Moller-Nielson, Mortensen, & Smith, 2008). وقد تمت الاشارة إلى هذه النظرية في التجربة الكلاسيكية التي قام بها كل من بارون- كوهين وليسلي وفريث (Baron- Cohen, Leslie, & Frith, 1985) والمعروفة بتجربة سالي وآن.

تســـــــــــاؤل هـــام

نظرية العقل: تجربة سالي وآن

قام بإجراء هذه التجربة كل من بارون- كوهين وليسلي وفريث (.Baron- Cohen, Leslie, & Frith 1985) والتي هدفت الى التعرف فما اذا كان الأطفال ذوي التوحد ممن تتراوح أعمارهم بين 6-16 سنة قادرين على إدراك أن الآخرين لديهم اعتقادات مزيفة تؤثر في أحكامهم. وتضمن التجربة دميتين تسمى الأولى سالي (Sally) والثانية آن (Anne)، حيث طبقت التجربة على مجموعات من الأطفال تضم الأولى أطفالاً لديهم التوحد وتضم الثانية أطفالاً من ذوي متلازمة داون وضمت المجموعة الثالثة أطفال عاديين. وقام الباحثون بتطبيق السناريو الآتي:

"كان لدى سالي سلة بينما كان لدى آن صندوق. وضعت سالي دمية في سلتها، ثم خرجت. قامت آن بأخذ الدميه من السلة ووضعتها في صندوقها في حين كانت سالي خارجة.. الآن عادت سالي وتريد أن تلعب بالدمية التي كانت قد وضعتها في سلتها".

وعند هذه النقطة قام الباحثون بتوجيه السؤال الآتي للأطفال في كل مجموعة وهو "أين ستبحث سالي عن الدمية؟" وقطعيا فإن الاجابة تشير الى أنها سوف تبحث عنها في السلة. كانت النتيجة التي حصل عليها الباحثون أن غالبية الأطفال غير المعوقين وحتى الأطفال من ذوي متلازمة داون قد أجابوا عن ذلك السؤال إجابة صحيحة بينما لم يتمكن سوى عدد بسيط جداً من الأطفال ذوي التوحد من التوصل إلى الإجابة الصحيحة لذلك السؤال حيث لم يكن غالبيتهم قادرين على فهم أن سالي لم يكن أمامها أي وسيلة كي تعلم أن الدمية قد انتقلت من مكانها، وبالتالي قادها أسلوبها في التفكير إلى البحث عنها في المكان الذي تركتها فيه.

الاعتبارات التربوية (Educational Considerations):

ذكرنا من قبل أن الخصائص المميزة لاضطراب طيف التوحد تتباين بدرجة كبيرة، وعندما تكون مثل هذه الخصائص شديدة فإنها تحمل معها مآلاً محدداً حتى في ظل حدوث التدخل المبكر المكثف. ونلاحظ هنا أن نسبة لا بأس بها من الأطفال الذين يعانون من أعراض هذا الاضطراب والتي تتسم بشدتها لا يكون من المحتمل بالنسبة لهم ان يشفوا منه على نحو كامل رغم ما يمكن أن يحققوه من تقدم في بعض الجوانب المختلفة (NRC,2001). ونظرا لما يظهره الأفراد ذوو اضطراب التوحد من استجابات غير عادية ومقاومة للتدخلات التربوية، فقد أصبح ميدان التدخلات التربوية خصبا لصرعات وموضات العديد من البرامج والعلاجات غير الصادقة، لابل والمتعارضة أو المتناقضة في نتائجها، كما أن هذه التدخلات المزعومة الفاعلية تبدو غير دقيقة ولاتستند إلى أسس علمية صحيحة (Simpson, 2004).

مبادئ البرامج التربوية للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد:

يتفق الجميع في الميدان على أن البرامج الموجهة للطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد يجب أن تتضمن المبادئ الآتية: (1) تدريسا مباشرا للمهارات (Direct Instruction of Skills)، (2) تدريسا في البيئة الطبيعية (Instruction in Natural Settings)، (3) توظيفا لمبدأ إدراة (تعديل) السلوك (Behavior Management) مع التركيز على استخدام تحليل السلوك الوظيفي عند الحاجة (Functional Behavioral Assessment-FBA) وأساليب تدعيم السلوك الإيجابية (Positive Behavioral Intervention and Support-PBIS).

التدريس المباشر للمهارات (Direct Instruction of Skills): يتطلب التعليم الفعال للتلاميذ ذوي اضطرابات طيف التوحد منحى عالي التنظيم يستخدم المبادئ الأساسية لعلم النفس السلوكي في سبيل تحليل المهام المختلفة، وتحديد كيفية تعليمها للتلاميذ على نحو أفضل. ويُعد تحليل السلوك التطبيقي (Applied Behavior Analysis-ABA) من أهم المناحي التربوية التي تستند إلى التنظيم العالي والتركيز على تدريس المهارات الوظيفية والتقييم المستمر للتقدم والتحسن في الأداء، وحيث إن منحى (ABA) تمتد جذوره في نظرية التعلم السلوكي، فإنه يركز على ضرورة التعزيز الإيجابي

ومكافأة السلوكات المرغوب فيها. وفي المفهوم الأصلي لهذا المنحى، فإن عقاب السلوكات غير المرغوب فيها يوظف أيضا لأحداث التغيير في الأداء. غير أن المفهوم الحديث لهذا المنحي يقلل من أهمية العقاب ويتجنب توظيفه دون أن يؤثر ذلك في فاعلية نتائج هذاالمنحى (Sallows & Graupner, 2005). ويرى سمبسون وزملاؤه (Simpson et al., 2005) أن منحى ABA يُعد من أكثر المناحي العالجية دعما من قبل نتائج الأبحاث التي دلت على فاعليته مع كل الاعاقات وليس التوحد فقط.

التدريس في البيئة الطبيعية (Instruction in Natural Settings): يؤكد معلمو الأطفال الذين يعانون من إضطرابات طيف التوحد تأكيداً متزايداً على تطبيق مبادئ علم النفس السلوكي في مواقع ومواقف طبيعية، وفي تفاعلات طبيعية والتي تمثل في الواقع أنماط المواقع والمواقف والتفاعلات التي يستمتع بها الأطفال غير المعوقين. ومن المعروف أن الباحثين يحاولون دوماً تحقيق الاستخدام التعليمي الأفضل للتفاعلات الطبيعية التي يتعلم الأطفال بمقتضاها ومن خلالها اللغة والمهارات الاجتماعية الأخرى.

ادارة السلوك (Behavior Management): من الجدير بالذكر أن التلاميذ الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد وخاصة من يعانون من مستويات شديدة الحدة من الاضطراب أحياناً ما يصدر عنهم قدراً كبيراً من السلوكيات غيرا لملائمة كالعض والضرب أو الصراخ. وكما ذكرنا في مناقشتنا الاضطرابات العقلية (MR) والاضطرابات الأنفعالية أو السلوكية واضطراب عجز الانتباه والنشاط الزائد ADHD فإن العديد من الباحثين يوصون بضرورة أن يتم تناول مثل هذه السلوكات باستخدام خليط من التحليل الوظيفي للسلوك (FBA) وتعزيز أو تدعيم السلوكي الإيجابي (PBIS) وذلك حتى نتمكن من الحد من تلك السلوكيات أو تخفيف حدتها. ومن الملاحظ أن التحليل الوظيفي للسلوك يتضمن تحديد النواتج (consequences) والمثيرات السابقة (antecedents) والأحداث الموقفية (Stetting events). تشير النواتج إلى ذلك الغرض الذي يحققه السلوك، بينما تشير المثيرات السابقة إلى تلك الأشياء التي يكون من شأنها أن تهيئ الفرصة لحدوث السلوك، بينما تشير الأحداث الموقفية إلى عوامل المحتوى أو السياق الذي يحدث في ضوئها السلوك. فمثلاً قد يكون من الأكثر أحتمالاً بالنسبة للتلميذ أن يبدي قدراً أكبر من السلوكيات الملائمة قرب نهاية اليوم حيث يكون آنذاك مرهقاً بدرجة أكبر. ومن

جانب آخر فإن تعزيز السلوك الإيجابي يتضمن إيجاد أساليب يمكن بمقتضاها تعزيز أو تدعيم السلوكات الإيجابية التي تصدر عن التلاميذ وذلك بدلاً من عقابهم على ما قد يصدر عنهم من سلوكات سلبية، وبذلك فإن هذا الأسلوب يركز على البيئة الكلية للتلميذ بما فيها التعليم.

أمثلة لبرامج تربوية للطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد:

من الجدير ذكره أن الطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد يظهرون مدى واسع من الأعراض والتي تختلف في نوعها ومستوى شدته الأمر الذي يجعل تقديم تدخلا تربويا محددا بعينه مناسبا لجميع تلك الأعراض أمر بالغ الصعوبة. لذلك تنحو العديد من التدخلات التربوية إلى أن تكون متخصصة في نوع محدد من المشكلات وتعمل على تدريسها. فعلى سبيل المثال، حين تكون جوانب القصور في اللغة شديدة بحيث تعيق قدرة الطالب على التواصل يكون من الفعال توظيف ما يعرف باسم برنامج التواصل عبر تبادل الصور (Picture Exchange Communication System-PECS) والذي يسهل على الطالب توظيف الصور في عملية التواصل والتعبير عن الحاجات. وفي مثال آخر حين يكون لدى الطالب القدرة اللغوية على التواصل ولكنه يعاني من ضعف القدرة على تفسير المؤشرات الاجتماعية الموظفة في التفاعل الاجتماعي، قد يبدو من الفعال توظيف التدخل التربوي المعروف باسم القصص الاجتماعية (Social Stories) لمساعدة هذا الطالب على التفاعل الاجتماعي الفعال مع أقرانه .

ومن الأمثلة الأخرى على التدخلات التربوية المنحى المعروف باسم تدريب الاستجابات المحورية (Pivotal Response Training-PRT) والذي طوره كل من كويجل وكويجل (Koegel & Koegel, 2006). يُعد هذا المنحى من أكثر المناحي التربوية شمولا لتدريس ما يعرف باسم المهارات الحرجة (critical) أو المحورية (pivotal) والتي تُعد ضرورية لتحسين الاداء في جوانب ومهارات أخرى. وينفذ هذاالمنحى بالاستناد إلى مبادئ منحى ABA والذي يركز كثيرا على تدريب المهارات المحورية التالية: الدافعية (motivation) والإدراة أو الضبط الذاتي (self-management) والمبادأة (initiation) والاستجابة للتلميحات المتعددة (responding to multiple cues).

وفي هذا المنحى يتم تدعيم الدافعية عبر توظيف التعزيز الايجابي لمعززات تم اختيارها مسبقا من قبل الطالب وليس المعلم. أي ان المعلم يوظف معززات تبدو ذات أهمية للطالب يمكن من خلالها زيادة دافعيته للتعلم. وتُعد عملية تدريب مهارات إدارة الذات أو ضبط الذات ضرورية في مساعدة الطالب على ضبط سلوكه بذاته دون اللجوء إلى ضبط الآخرين له. ونتيجة لكون هؤلاء الطلبة منعزلين أو غير مندمجين مع بيئتهم، فإن تدريب مهارة المبادأة ضروري لتعليمهم كيفية المبادأة بالتفاعل على نحو صحيح. ومن الأمثلة على ذلك تعليمهم طرح الأسئلة البسيطة من مثل "ماهذا؟" أو "ماذا حصل؟". أما تعليم كيفية الاستجابة للتلميحات المتعددة أو المركبة يساعد الطلبة على تخطي ما يعرف بانتقائية الانتباه (selective attention) للمثيرات المتعددة. وهنا يتم تدريب الطالب على تجاوز حدود الانتباه لأجزاء الأشياء أو الانتباه لمثير واحد دون غيره إلى فهم الصورة الكلية للمثيرات والانتباه للأجزاء المهمة ذات العلاقة في الموقف التي تحصل فيه. ومثال ذلك حين يطلب من الطالب احضار "قميصه ذي اللون الأخضر" مع العلم بأن الطالب يمتلك قميصين أحدهما أخضر اللون والآخر أحمر كما أنه يمتلك بنطالا أخضر اللون، فإن المطلوب هنا هو تطوير القدرة على التمييز وفقا للتلميحات المركبة (التمييز بناء على اللون بين القميصين، والتمييز بناء على النوع بين القميص والبنطال) وفي حين

النجاح في ذلك يتم زيادة مستوى تعقيد التركيب تدريجيا كالطلب منه احضار قميصه الأخضر اللون الجديد مثلا مقارنة بالقميص الأخضر اللون القديم (Koegel et al.,1999).

التدريس الفعّال Responsive Instruction

تلبية احتياجات الطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد: نظام التواصل بتبادل الصور (PECS)

يعاني العديد من الطلبة ذوي اضطراب التوحد من العجز أو القصور في القدرة على تطوير اللغة. فقد أشارت الدراسات إلى أن مايقارب ثلث إلى نصف هؤلاء الأطفال لديهم عجز في القدرة على التواصل على نحو وظيفي (National Research Council, 2001). ولتلبية احتياجات هؤلاء الطلبة فإن المعلمين يستطيعون توظيف ما يعرف بأنظمة التواصل البديل أو المتزامن (Augmentative and Alternative Communication Systems-AAC) مثل لغة الاشارة أو أدوات التواصل اللفظي الإلكترونية (VOCA) أو الرموز والصور كبدائل أو مدعمات للتواصل لدى الطلبة ذوي التوحد.

ويعد نظام التواصل بتبادل الصور (PECS) احد هذه البدائل والتي يمكن للمعلمين توظيفها لدعم وتلبية احتياجات التواصل لدى الطلبة ذوي التوحد (Suzler-Azaroff, Hoff-man, Horton, Bondy, & Frost, 2009). ويستطيع الطلبة عبر هذا النظام تطوير قدرتهم على التواصل والتعبير عن الحاجات الذاتية حيث يمكن استخدامه كنظام تواصل بديل أساسي (Alternative Communication System) أو نظام تواصل متزامن مع غيره (مثل اللغة) لتطوير القدرة على التواصل.

وقد أشارت العديد من نتائج الدراسات العلمية فاعلية استخدام هذا النظام من قبل الطلبة ذوي اضطراب التوحد في تطوير قدراتهم على التواصل والتعبير عن الحاجات وزيادة حجم وفاعلية التواصل مع المحيطين بهم مثل الوالدين والرفاق والمعلمين في الأوضاع المختلفة. كما أشارت تلك النتائج إلى أن توظيف هذا النظام كان الأفضل بين أنظمة التواصل البديلة الأخرى حيث ساعد هذا النظام الطلبة على تطوير قدراتهم اللفظية والتقليل من سلوكاتهم التواصلية غير المقبولة (مثل العدوان) بالإضافة إلى زيادة قدرتهم على تعميم ما تم تعلمه إلى المواقف الأخرى الجديدة (Suzler-azaroff et al., 2009).

يتم تطبيق هذا النظام عبر ست مراحل متتالية ومتسلسلة هي: (1) المرحلة الأولى تتضمن تبادل الصور المفردة بأنشطة أو أشياء مرغوب فيها من قبل الطالب، (2) المرحلة الثانية تتضمن استخدام الصور المفردة في مواقف جديدة وأشخاص متعددين)، (3) المرحلة الثالثة وتتضمن التمييز بين الصور المختلفة وذلك عبر الاختيار بين شيئين أو أكثر، (4) المرحلة الرابعة وتتضمن انشاء الجمل البسيطة مثل المزاوجة بين صورة "أنا أريد" وشيئ ما مرغوب به، (5) المرحلة الخامسة وتتضمن تعلم استخدام النظام في الإجابة عن سؤال "ماذا تريد؟" ، وأخيرا (6) المرحلة السادسة وتتضمن التعليق على أحداث البيئة باستخدام جمل بسيطة تبدأ مثلا ب "أنا أرى" أو "أنا أسمع" أو "أنا أشعر" .

وللمزيد من المعلومات يرجى الرجوع إلى الموقع الآتي للحصول على دليل النظام وأدواته:

www.pecsusa.com

التدريس الفعّال Responsive Instruction

تلبية احتياجات الطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد: أسلوب القصص الاجتماعية (Social Stories)

يواجه العديد من الطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد تحديات عديدة في القدرة على التواصل والسلوك والتفاعل الاجتماعي. ويُعد أسلوب القصص الاجتماعية أحد الأساليب التربوية الواعدة والناجحة في تلبية تلك الاحتياجات. يشير أسلوب القصص الاجتماعية إلى ذلك الأسلوب الذي يتم من خلاله تقديم نصوص قصصية فردية قصيرة تتبع في أسلوب كتابتها أسلوب القصص الكرتونية المصورة (Comics) والتي تعمل على توظيف مهارة محددة في مواقف محددة. ومثال ذلك لمساعدة الطالبة ماري والتي تعاني من الضوضاء الشديدة أثناء وقت الاستراحة والتي عادة ما تستجيب لمثل تلك الضوضاء بالصراخ، فإن المعلمة تستطيع أن تطور لها قصة اجتماعية تتبع النص الآتي:

1. ستتعلم ماري "أخذ نفس عميق وتتناول غداءها بهدوء" (صورة لماري وهي تتناول غداءها عند طاولة الطعام).

2. في كل يوم أذهب إلى الكافتيريا لتناول الغداء (صورة للكافتيريا وهي مزدحمة بالطلبة).

3. العديد من الطلبة يتناولون غدائهم في الكافتيريا والتي تعمها الضوضاء (صورة للطلبة عند طاولات الطعام).

4. حين أذهب إلى الكافتيريا أتناول غدائي بهدوء وأنتظر قرع الجرس (صورة لماري وهي تتناول غدائها).

5. حين أتناول غدائي بهدوء فإن معلمتي وأصدقائي تغمرهم السعادة (صورة للطلبة وهم يبتسمون لها).

6. تقول معلمتي "أحسنت صنعا ياماري" حين أتناول غدائي بهدوء (صورة للمعلمة وهي تبتسم).

تشير العديد من نتائج الدراسات العلمية إلى فائدة هذا الأسلوب في تقليل السلوكات غير المرغوب فيها وزيادة السلوكات الاجتماعية المقبولة (Ali & Frederickson, 2006) كما أن هذه النتائج أشارت إلى شعور المعلمين ومساعديهم بالكفاءة في إعداد مثل هذه القصص القصيرة المصورة وتأكيد مدى فاعليتها في تحسين قدرات الطلبة على التفاعل الاجتماعي المقبول.

تطبيق الأسلوب في الأوضاع التعليمية:

يستطيع العديد من المعلمين تطوير هذه القصص للتقليل من السلوكات غير الاجتماعية غير المقبولة لدى طلبتهم. وتتضمن كل قصة جملة وصفية توضح الموقف المراد تعلم السلوك المقبول فيه (مثل الحلقة الصباحية، أو وقت اللعب الحر أو وقت اتباع تعليمات المعلم) كما أنها تتضمن أيضا جملة توجيهية توضح على نحو محدد السلوك المقبول والمرغوب فيه (مثل: الجلوس بهدوء، أو وضع اليدين جانبا، أو الاستجابة بصورة صحيحة) بالإضافة إلى جملة مفاهيمية توضح مشاعر الآخرين المنخرطين بذلك الموقف (Gray & Garand, 1993). ولتحقيق ذلك يمكن أن تتضمن القصص صور كرتونية مرسومة بخط اليد أو صور حقيقية تمثل السلوك الصحيح أو أي نوع آخر من الرسوم.

نماذج تقديم الخدمات (Service Delivery Model):

لعل أكثر البدائل التربوية شهرة للطلبة ذوي التوحد هو الصف الخاص (self-contained class-room). إن ما يقارب 42% من هؤلاء الطلبة يتم تعليمهم في صفوف خاصة معزولة، وما نسبته 29% يتم تعليمهم في صفوف المدارس العادية، وما نسبته 18% يتعلمون عن طريق غرف المصادر، ومايقارب 10% يتعلمون في مدارس معزولة، واخيرا ما نسبته 1% يتعلمون في مؤسسات الاقامة الكاملة. ونظراً لأهمية التعليم في البيئة الطبيعية أو العادية لتعليم الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد فإن نسبة متزايدة من هؤلاء الأطفال وخاصة في الأعمار الزمنية الأصغر يتلقون تعليمهم في الوقت الراهن في مدارس وفصول للتعليم العام توجد بالقرب من منازلهم.وفي هذا النموذج يعمل معلمي الفئة العادية ومعلمي التربية الخاصة جنباً إلى جنب في في سبيل تلبية حاجات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد. ومع ذلك فإن عدداً محدوداً من البحوث والدراسات توضح الكيفية التي ينبغي أن يكون عليها مثل هذا التعاون داخل الفصل. ومن أهم الأساليب الواعدة التي يتم استخدامها في هذا الإطار ذلك النموذج المعروف بنموذج التعاون في سبيل دمج الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder Inclusion Collaboration Model) والذي طوره كل من سيمسبون وديبوا اوت ومايلز (Simpson, deBor-Ott, & Smith-Myles, 2003).

وعلى الرغم من ذلك النموذج، فإن بعض أساليب التعليم الفعالة للأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد إنما تتطلب تدريسا فرديا (One-on-one)، أو تدريسا ضمن مجموعات صغيرة جداً (small groups) الأمر الذي لا يمكن أن يتم غالباً على نحو فعال في الفصل العادي أو حجرة الدراسة العادية. وبالرغم من هذا التركيز على التدريس الفردي المكثف أو ضمن المجموعات الصغيرة، إلا أن القاعدة الأساسية في التعليم تؤكد على وجود التفاعلات الإنسانية الطبيعة. لذلك يركز المعلمون في مستوى ما قبل المدرسة على التفاعلات الطبيعية مع الأقران العاديين في الفصول العادية ، بينما يعمل المعلمون في مستوى المدرسة الابتدائية على ضم عدد أكبر من التلاميذ الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد في مجموعات للتعلم التعاوني مع أقرانهم غير المعوقين وذلك في فصول التعليم العام.

التعاون والتعليم التعاوني بين معلمي الطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد

Collaborative and Co-teaching with Teachers of Students with ASD

ان استراتيجيات التعليم التعاوني بين المعلمين لفئة هذه الطلبة في المدارس العادية تُعد حديثة العهد في الميدان حيث لا تتوافر دلالات تشير إلى مدى فاعليتها بعد، إلا أن العديد من الباحثين يعملون بجد لإيجاد نماذج فعالة تدعم آليات التعاون بين معلمي التربية الخاصة والتربية العادية لخدمة هذه الفئة من الطلبة بفاعلية. ومن الأمثلة على مثل هذه النماذج نموذج التعاون الخاص بدمج الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد (The Autism Spectrum Disorder Inclusion Collaboration Model; Simpson et al., 2003) والذي يؤكد على أهمية التعاون بين معلمي التربية الخاصة والتربية العادية في تحمل المسؤوليات المشتركة واتخاذ القرارات الجماعية. يتضمن هذا النموذج خمسة مكونات أساسية هي:

- تكيفيات وتعديلات في البيئة والمنهاج، تقديم الدعم في الصفوف العادية، وتوظيف طرائق تدريس خاصة.

- دعما اجتماعيا ودعما للاتجاهات الايجابية.
- التزاما تعاونيا بين أعضاء الفريق.
- تقييم مستمر لاجراءات الدمج.
- تعاونا بين المدرسة والمنزل.

ويتضمن هذا النموذج إشارة لعدد من الأمور المهمة التي يجب أن تتواجد لتنفيذ تعاون فعال ومتبادل في أنظمة الدمج والتي تتضمن ما يأتي:

تعديلات بيئية ومنهجية:

- توفير الأفراد الذين يقدمون المساندة وتدريبهم على نحو مناسب.
- التدريب أثناء الخدمة.
- توظيف طرق وأساليب تعليمية مناسبة.
- توفير المعلمين المساعدين.
- توفير وقت مناسب للمعلم كي يتمكن من التخطيط.
- تقليل حجم الفصل.

دعم الاتجاهات والمساندة الاجتماعية:

- تكوين اتجاه إيجابي من قبل المعلمين.
- توفير الدعم الإداري لمن يعملون على دمج الطلاب الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد.
- نشر المعلومات الكافية عن اضطرابات طيف التوحد.
- توفير المناهج والخبرات اللازمة لتسهيل الفهم والحساسية نحو أولئك التلاميذ الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد.
- تدريب التلاميذ الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد على التفاعل الاجتماعي.

الالتزام من قبل الفريق المشارك:

- التحديد الواضح لأدوار أولئك القائمين على تقديم الخدمة.
- تحقيق التواصل الفعال.
- اتخاذ القرار المشترك.

التقييم المتكرر لإجراءات الدمج:

- تقييم المساعدات والخدمات الداعمة المناسبة والتحقق من مدى الفائدة التي تعود من المشاركة والتعليم والتأكد من المشاركة الفعالة من جانب الطفل.

التعاون بين المنزل والمدرسة:

- تحقيق المشاركة ذات المعنى بين الطرفين.
- توفير الدعم الإداري المناسب.
- توفر الرغبة من قبل المدرسة في الإستماع إلى الطرف الآخر.

تقييم مستوى التحسن (Assessment of Progress):

تتضمن علمية التقييم المستمر جمع البيانات الدورية للتأكد من تحسن الطلبة في جانبين اثنين أساسيين هما اللغة والسلوك الاجتماعي التكيفي.

متابعة التقدم والتحسن في تطور اللغة (Monitoring Progress in Language Development):

تُعد التحديات في الجانب اللغوي لدى الطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد بالغة الأثر في تحقيق المخرجات بعيدة المدى والتي تزيد من قدراتهم وكفائتهم. ونظرا لتلك الأهمية فإن تدريب هذه المهارات لابد وأن يكون بالغ التركيز في البرامج التربوية التي تخدم فئة هؤلاء الطلبة. وعليه فلابد للمعلمين من القيام بتقييم أداء الطلبة المستمر للتأكد من مدى التحسن في تطوير هذه المهارات. ويشير المعهد الدولي للصم واضطرابات التواصل الأخرى (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders) إلى أهمية التقييم المستمر باستخدام مصادر متعددة للتأكد من تطور اللغة التعبيرية لدى هؤلاء الطلبة (Tager-Flusberg et al., 2009).

تتضمن هذه المصادر الحصول على المعلومات عبر عدة قنوات منها تجميع عينات تواصلية طبيعية لأداء هؤلاء الطلبة عبر أوضاع تواصلية متعددة، والحصول على تقارير من الوالدين عبر الاستبيانات والمقابلات وقياسا مباشرا باستخدام أدوات قياس مقننة. أما محتوى عملية التقييم هذه فلابد وأن يكون شاملا ومتضمنا لقياسات خاصة في جانب النظام الصوتي (Phonology) والتراكيب اللغوية (Vocabulary) والنظام النحوي (Syntax) والاستخدام الاجتماعي للغة (Pragmatics). ولتحقيق هذا الغرض يستطيع المعلمون توظيف عددا من أدوات القياس المتخصصة مثل: قائمة ماكارثر باتس للتطور التواصل (MacArthur-Bates Communicative Development Inventory Second Edition -CDI-II, Fenson et al., 2003) لمتابعة تطور اللغة لدى الأطفال الصغار في العمر. وبالرغم من أن هذه الأداة قد طورت للأطفال الطبيعين إلا أن استخدامها مع الاطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد يتمتع بدلالات صدق جيدة (Luyster, lopez, & Lord, 2007; Luyster, Qiu, Lopez, & Lord, 2007). وتغطي هذه الأداة المدى العمري الممتد ما بين ثمانية إلى ثلاثين شهرا ويمكن توسيع مداها العمري ليشمل عمر الثلاثة والسبعين شهرا. بالإضافة إلى تلك الأداة، يمكن للمعلمين توظيف مقياس تقييم الأساس اللغوي (Clinical Evaluation of Language Fundamentals 4- CELF 4; Semel, Wiig, & Secord, 2004) لتقييم الطلبة الأكبر سنا حيث يقيس هذا المقياس جوانب اللغة التعبيرية والاستقبالية والصرفية والدلالية ضمن المدى العمري الممتد مابين 5 إلى 21 سنة.

متابعة التقدم والتحسن في المهارات الاجتماعية والتكيفية

(Monitoring Progress in Social/Adaptive Behavior):

تتضمن البرامج التربوية الشاملة الموظفة مع الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحد تركيزا كبيرا على تطوير المهارات الاجتماعية والتكيفية لديهم. وتُعد قائمة PDD Behavior Inventory- PDDBI

(Cohen & Sudhalter, 2005) أداة مناسبة لمتابعة التطور في نمو السلوكات الاجتماعية والتكيفية لدى الطلبة ضمن المدى العمر 2 إلى 12 سنة. وتتضمن هذه القائمة نموذجين لكل من المعلم والوالدين يتم فيها تقييم الجوانب غير التكيفية الآتية: (1) السلوكات المرتبطة بالمنحى الإدراكي الحسي، (2) الطقوسية ومقاومة التغيير، (3) مشكلات الاستخدام الاجتماعي للغة، (4) مشكلات الاستخدام الاجتماعي للغة الدلالية، (5) مشكلات تنظيم الإثارة الذاتية، (6) المخاوف المحددة، (7) العدوانية. كما تتضمن أيضا تقييما للجوانب التكيفية الآتية: (1) قدرات التواصل الاجتماعية الاستقبالية، و(2) قدرات التواصل الاجتماعية التعبيرية.

أداة أخرى يمكن توظيفها من قبل المعلمين تعرف باسم مقياس الاستجابة الاجتماعية (Social Responsiveness Scale-SRS; Constantino & Gruber, 2005) وهو مقياس لكل من المعلم والوالدين يمكن من خلاله متابعة تقدم الاداء في السلوك الاجتماعي والتكيفي في جوانب الوعي الاجتماعي وومعالجة المعلومات الاجتماعية والتواصل الاجتماعي المتبادل والقلق الاجتماعي والتجنب الاجتماعي ضمن المدى العمر الممتد بين 4 إلى 18 سنة. اضافة إلى ماسبق يمكن للمعلمين توظيف مقياس المهارات الاجتماعية لدى التوحد (The Autism Social Skills Profile-ASSP; Bellini & Hopf, 2007) وهو أداة قياس مقننة لتقييم المخرجات الاجتماعية لدى الطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد في جوانب التبادل الاجتماعي والمشاركة أو التجنب الاجتماعي والسلوكات الاجتماعية الضارة.وأخيرا فإن المعلمين يستطيعون توظيف قائمة تقدير التوحد في الطفولة (The Childhood Autism Rating Scale-CARS; Schopler, Reichler, & Renner, 1988) كأداة لتشخيص التوحد وكأداة لتقييم فاعلية البرامج حيث إنه يقيس جملة من السلوكات التي تبتعد عن النمو الطبيعي لدى الأطفال من سن الثانية فما فوق.

التدخل المبكر (Early Intervention):

إن معظم برامج التدخل المبكر تركز على الأطفال الذين يعانون من مستويات حادة أو شديدة من اضطرابات طيف التوحد (كالتوحد على سبيل المثال) بدلاً من التركيز على تلك المستويات الأقل حدة أو البسيطة كمتلازمة أسبرجر(كما تم الإشارة اليه سابقاً فإن متلازمة أسبرجر لا يتم تشخيصها عادة إلا بعد أن يكون الطفل قد تخطى سن ما قبل المدرسة. ولا يمكن أن يُعد التدخل أنذاك تدخلاً مبكراً).

ولكي تتسم النتيجة التي نحصل عليها بقدر أكبر من الفاعلية فإن تعليم الطلبة ذوي التوحد وما يرتبط به من تدخلات ينبغي أن يكون مبكراً ومكثفاً ومنظما ومتضمنا الاسرة. فإذا كان التدخل مبكراً ومكثفاً فإنه سوف يؤدي بالضرورة إلى تحقيق نتائج ملموسة لدى العديد من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد على الرغم من عدم وجود نمط معين من التدخلات حتى الآن يمكن أن ندعي أن بإمكانه أن يحقق قدراً معقولاً من النجاح على نطاق واسع وذلك في مساعدة هؤلاء الأطفال وتمكينهم من التغلب على مشكلاتهم على نحو تام. هذا ويركزتعليم هؤلاء الأطفال على نحو متزايد

على استخدام التفاعلات الطبيعية كي يتم تعليمهم في بيئات طبيعية وذلك إلى أقصى حد ممكن. وفي المراجعة التي أجراها المركز القومي للبحوث (NRC, 2001) للدراسات والممارسات التي شهدها ميدان التدخل المبكر، فقد تم الاتفاق على أن العناصر الآتية تُعد بمثابة الملامح الضرورية للبرامج الفعالة لمرحلة التدخل المبكر (مرحلة ما قبل المدرسة):

1) ضرورة الانتظام في أحد برامج التدخل المبكرمن جانب الطفل بمجرد أن يتم التنبؤ جدياً بإمكانية تشخيص اضطراب طيف التوحد لديه.

2) المشاركة النشطة في البرامج التعليمية المكثفة بحد أدنى من الوقت يقابل اليوم الدراسي كاملاً وذلك على مدى خمسة أيام في الأسبوع بواقع 25 ساعة أسبوعياً على الأقل مع الأشتراك في البرنامج لمدة عام كامل على الأقل والذي يتباين معدله بحسب عمر الطفل الزمني ومستواه النمائي.

3) إتاحة الفرص للتعليم المنظم المخطط له والمقدم عادة على فترات زمنية قصيرة نسبياً للأطفال الأصغر سناً (كأن تتراوح مدة كل فترة مثلاً بين 15 إلى 20 دقيقة) بحيث تتضمن قدراً كافياً من الانتباه من جانب الراشدين في مواقف التعلم واحد إلى واحد (1:1) والتعليم في مجموعات صغيرة جداً بغرض تحقيق الأهداف الفردية.

4) تضمين الأسرة بما في ذلك تدريب الوالدين.

5) انخفاض معدل الأطفال إلى المعلمين بحيث لا يزيد عدد الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد في الفصل الواحد عن اثنين لكل معلم.

6) أن يتم تحديد آليات معينه للتقييم المستمر للبرامج. وتقييم مدى تقدم كل طفل وتضمين النتائج على شكل تعديلات في البرامج المقدمة.

وقد أدى الفهم الأفضل للدور الوالدي في مثل هذه البرامج إلى جعل الآباء يعملون جنباً إلى جنب مع غيرهم من المتخصصين كمعالجين مشاركين وذلك في كثير من برامج التدخل المبكر. ومن غير هذه المشاركه الأبوية في التدريب يصبح من غير المحتمل بالنسبة للأطفال أن يحققوا التحسن المرغوب فيه والتقدم نحو تحقيق الاستقلالية (NRC, 2001).

الانتقال لمرحلة الرشد (Transition To Adulthood):

لعل الحقيقة الثابتة تشير إلى أن اضطرابات طيف التوحد تستمر مع الأطفال إلى مرحلة الرشد. وهنا فإننا نناقش كيفية التخطيط والإعداد لتصميم البرامج الانتقالية لكل من اضطراب التوحد (وهو النوع الأكثر شدة) ومتلازمة أو اضطراب أسبرجر (وهو النوع الأقل شدة) كل على حدى.

البرامج الانتقالية لفئة التوحد (Transition Programming for People with Autism):

بالرغم من أن المخرجات النهائية للراشدين من ذوي اضطراب التوحد الآن أفضل حالا من ذي قبل، إلا أنها لاترتقي إلى مستوى الطموح. فعلى سبيل المثال لازال العديد منهم لايستطيعون العيش باستقلالية (Hendricks & Wehman, 2009). وفي واقع الأمر فإن هذه المخرجات لاتختلف نوعيا عما هي لدى البالغين من ذوي الإعاقات العقلية والنمائية وتعتمد على نحو كبير على درجة أدائهم العقلية والوظيفية.

إن برامج الانتقال لهؤلاء الراشدين تتبع في الواقع المبادئ نفسها التي تقوم عليها تلك البرامج التي يتم تقديمها لأقرانهم من ذوي الإعاقات العقلية والنمائية (أنظر الفصل الثاني). إلا أن التخطيط للانتقال يجب أن يبدأ مبكراً في حياة الفرد وذلك منذ سني المرحلة الابتدائية، ثم يتحول تدريجياً ليصبح أكثر تكثيفاً وذلك خلال سنوات المدرسة المتوسطة والثانوية. ويتم ذلك التخطيط في الوقت الراهن وفق الفلسفة السائدة حالياً والتي تتمثل في التخطيط المتمركز حول الشخص (Person-Centered Planning) والذي يتم من خلاله تشجيع الشخص على اتخاذ قراراته بنفسه قدر الامكان. ونتيجة لتلك الفلسفة فمن الملاحظ الآن أن العديد من الراشدين من ذوي اضطراب التوحد قد تم دمجهم في المجتمع على نحو متزايد وذلك في وحدات مجتمعية صغيرة للإقامة الداخلية أو في اماكن سكناهم مع ضرورة تزويدهم بالدعم المناسب. ويتمثل الهدف من عملية التخطيط لبرامج الانتقال لمرحلة العمل أو التوظيف ضمان تحقيق فرصهم في التوظيف التنافسي أو التوظيف التنافسي المدعوم.

البرامج الانتقالية لمتلازمة أسبرجر (Transition Programming for People with Asperger Syndrome):

إن التخطيط للانتقال إلى مرحلة الرشد لدى الأفراد ذوي متلازمة أسبرجر يجب أن يرتكز بدرجة كبيرة على أمور لها أهميتها بالنسبة لهم وفي مقدمتها التفاعل الاجتماعي. ويرى مايليز وسمبسون (Myles&Simpson,2003) أن مشكلات التفاعل الاجتماعي بالنسبة للأفراد ذوي متلازمة أسبرجر عادة ما تميل إلى الزيادة مع وصولهم إلى مرحلتي المراهقة والرشد. إن تلك الزيادة في المشكلات التي تتعلق بالتفاعل الاجتماعي لسوء الحظ تعمل ضد تحقيقهم للنجاح حال تشغيلهم. ويرى جيرهاردت (Gerhardt,2003) أن أفراد متلازمة أسبرجر يخبرون صعوبات في العمل وأن سبب هذه الصعوبات يكمن في مشكلات تفاعلهم الاجتماعي مع الآخرين وليس في سوء أدائهم لمتطلبات العمل.

ومن أحد الأساليب الرئيسة التي يتم بموجبها تناول أوجه القصور في التفاعلات الاجتماعية لدى أفراد متلازمة أسبرجر يتمثل في التفكير فيها على شكل متصل (continuum) تقع مهارات البقاء الاجتماعي (Social Survival Skills) على أحد طرفيه، في حين تقع مهارات الكفاءة الاجتماعية (Social Competence Skills) على طرفه الآخر (Gerhardt,2003). وبناء على ذلك فإن على

المعالجين والمعلمين أن يركزوا في البداية على مهارات البقاء الاجتماعي لأنها تمثل الحد الأدنى الضروري لتحقيق الاستقلالية. وعلى سبيل المثال فإن تعليمهم قواعد وآداب تناول الطعام المقبولة اجتماعيا أكثر أهمية من تعليمهم كيفية انشاء محادثات اجتماعية مع الآخرين أثناء تناول الطعام.

عند تصميم برامج الانتقال للأفراد الذين ينتمون لأي فئة من فئات الإعاقة ، فإن من المهم دائما لأصحاب العمل وأساتذة الجامعات ومن هم في أوضاع أو ظروف شبيهة أن يفهموا جيداً طبيعة تلك الإعاقة التي يعاني منها اولئك الأفراد. هذا الفهم يمثل أمراً حاسماً في حالة متلازمة أسبرجر حيث أنه من الملاحظ غالباً ما يسيء الآخرون فهمهم وذلك لأنهم يظهرون مستويات أداء عقلية عالية وسلوكات اجتماعية غريبة لاتتناسب مع أدائهم العقلي المرتفع.

ومن العدل أن نتساءل فقط إلى أي مدى ينبغي أن نتساهل في هذا الصدد مع السلوكات الغريبة التي يظهرها الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر، أو إلى أي مدى يمكن أن تتعارض مثل هذه السلوكات مع الثقافة السائدة في مكان العمل. وفي هذا الإطار يتفق معظم الناس على أن هناك فرصة لتحقيق التحسن أو التغيير اللازم في اتجاهات المجتمع نحو أولئك الأفراد الذين يسلكون على نحو مغاير لمعيار السلوك المقبول ولكنهم لا يسببون الأذى أوالضرر للآخرين. ومن المعقول أيضا أن نفكر في مدى ضرورة وأهمية الانسجام الاجتماعي من جانب موظف ما مع باقي زملائه في العمل إذا كان ذلك الموظف يقوم بأداء ما يوكل إليه من أعمال.

ملخص الفصل (Summary):

ما هو تاريخ دراسة اضطرابات طيف التوحد؟

في عام 1943 كتب كانر(Leo Kanner) عن حالات الأطفال الذين وصفهم بأنهم توحديين (Autistic) والذين بدى أن لديهم مشكلات في التواصل، والتفاعل الاجتماعي، فضلاً عن وجود عدد من السلوكيات النمطية الغريبة وعدم الرغبة في تقبل التغيير.

وفي عام 1949 أشار هانز أسبرجر إلى حالات الأطفال الذين اعتبر بأن لديهم أعراض توحدية مرضية (Autistic Psychopathy) ومع ذلك يتمتعون بقدر مناسب من الذكاء واللغة ضمن العاديين ولكنهم منعزلين اجتماعياً، ولديهم ميول استحواذية في مجالات ضيقة ومحدودة وغريبة.

كيف يعرّف الأخصائيون اضطرابات طيف التوحد؟

تعرف اضطرابات طيف التوحد بوجود عجز أو قصور دال في مهارات التفاعل الاجتماعي والتواصل والأنماط السلوكية النمطية والتكرارية بالإضافة إلى الاهتمامات الضيقة والمحدودة.

يتمتع الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر بمهارات عقلية ولغوية أعلى وذلك قياساً بأقرانهم الذين يعانون من اضطراب التوحد. ولكنهم مع ذلك يواجهون مشكلات أخرى عديدة في المجالات الأخرى المميزة لاضطرابات طيف التوحد وخاصة التفاعل الاجتماعي.

ما هي نسبة انتشار اضطرابات طيف التوحد؟

تشير التقديرات الحديثة أن معدل حدوث اضطرابات طيف التوحد هو طفل واحد من كل 110 أطفال (The U.S. Center for Disease Control and Prevention).

معدل الحدوث لدى الذكور أعلى بأربع مرات من الإناث.

لقد ازدادت معدلات حدوث التوحد خلال 30 و40 سنة الماضية، الأمر الذي حذى بالبعض إلى التساؤل حول مدى وجود وباء يعرف بالتوحد الأمر الذي جعلهم يعتقدون بفكرة وجود عوامل سمية غامضة في بيئتنا تسبب التوحد أو أن مطعوم MMR هو أيضا سبب التوحد. ان أفضل النتائج العلمية الآن تشير إلى أن مطعوم MMR لا يسبب حدوث التوحد.

يرى العديد من الباحثين أن الزيادة في معدلات الحدوث تكمن في التغيرات التي طرأت على معايير ومحكات التشخيص، بالإضافة إلى زيادة الوعي حول اضطرابات طيف التوحد، وظهور ما يعرف بظاهرة استبدال التشخيص لأولئك الذيم تم تشخيصهم مسبقا بأن لديهم اضطرابات عقلية نمائية وأنهم أصبحوا الآن يقعون ضمن فئة اضطرابات طيف التوحد.

ما هي أسباب حدوث اضطرابات طيف التوحد؟

لقد تأثرت النظريات السببية الأولى أو المبكرة بالتفكير التحليلي المرتبط بالتحليل النفسي وألقت باللائمة على الوالدين (وخاصة الأمهات) لكونهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لكونهم باردين انفعاليا بدرجة كبيرة وغير مستجيبين Unresponsive لأطفالهم.

تؤكد النظريات السببية الراهنة على الأساس العصبي والوراثي لاضطرابات التوحدوفقا لما يأتي:

1. تأثر أجزاء عديدة من الدماغ بهذا الاضطراب، ومن أهمها لحاء المخ (cerebral cortex) والعقد القاعدية (basal ganglia) واللوزة (amygdale) وقرن آمون (hippocampus) والجسم الجاسئ (corpus callosum) وجذع المخ (brain stem) والمخيخ (cerebellum).

2. تشير نتائج الدراسات الحديثة إلى أن الوراثة بالإضافة إلى الطفرات الجينية تلعب دور في حدوث اضطراب التوحد.

3. تؤكد الأدلة العلمية الراهنه على عدم وجود جين محدد بعينه يسبب التوحد.

ما هي الوسائل التي يمكن من خلالها تشخيص اضطرابات طيف التوحد؟

- بالنسبة لاضطراب التوحد، يستخدم الأخصائيون معايير تركز بصفة أساسية على مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي وأنماط السلوك التكرارية والنمطية.
- بعض الدلالات الأولية للتوحد تتمثل في نقص ما يأتي: التفاعلات الممتعة في عمر 6 أشهر، التبادل المشترك للأصوات والتعابير الوجهية في عمر 9 أشهر، الاستجابة للأسم، المناغاة، والتبادل المشترك للتلميحات في عمر 12 شهرا، الكلمات في عمر 16 شهرا، الجملة ذات الكلمتين في عمر 24 شهرا، أي فقدان للغة أو المهارات الاجتماعية في أي عمر.

ما هي بعض الخصائص السيكولوجية والسلوكية التي تميز اضطرابات طيف التوحد؟

- يعاني الأفراد ذوي اضطراب التوحد من أوجه قصور تتعلق بالتواصل والتفاعل الاجتماعي، والجانب المعرفي إلى جانب الأنماط السلوكية النمطية والتكرارية، كما يتسم البعض الآخر منهم بالادراكات الحسية غير العادية.

1. يفتقر معظمهم إلى نية التواصل (أي الرغبة في التواصل الإجتماعي)، ويعاني العديد من الأطفال الصغار منهم من عدم القدرة على توظيف مهارات الانتباه المتشارك والتي تتضمن لفت نظر الآخرين وانتباههم نحو شئ ما عبر توظيف القنوات التواصلية غير اللفظية كالنظر مثلا.

2. لديهم أوجه قصور معرفية تشبه أقرانهم من ذوي الاضطرابات العقلية والنمائية (الاعاقة العقلية).

3. البعض القليل جداً منهم يعرفون بتوحد السافانت والذين يظهرون مهارات خارقة أو غير عادية.

4. بعضهم يوجد لديهم إدراكات غير اعتيادية للمثيرات الحسية فقد يتسمون بفرط الحساسية أو نقص الحساسية للمثيرات المختلفة.

- يبدي الأفراد من ذوي متلازمة أسبرجر مستوى أكثر إعتدالا أو أقل حدة من أوجه القصور التي تتعلق بالتفاعل الاجتماعي والتواصل وأنماط السلوك التكرارية والنمطية وذلك قياساً بأقرانهم الذين يعانون من اضطراب التوحد.

1. تتمثل مشكلاتهم الرئيسة في التفاعلات الإجتماعية، وصعوبة فهم المنهج الخفي (الأوامر والنواهي التي تتضمنها متطلبات الحياة اليومية)، وفهم أخذ الأمور أو إدراكها حرفياً.

2. تتمثل المشكلات الرئيسة التي تواجههم بالنسبة للتواصل في الاستخدام الاجتماعي لمهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية.

- على الرغم من وجود ثلاث نظريات تتناول أوجه القصور المصاحبة لاضطرابات طيف التوحد فإننا لانجد أي نظرية منها تقدم تفسيراً مناسباً لكافة أوجه القصور التي تنتاب جميع اضطرابات طيف التوحد. ولكن استخدام مثل هذه النظريات معاً يهم في رسم صورة مركبة لاضطرابات طيف التوحد.

1. تتضمن المشكلات التي تتعلق بالوظائف التنفيذية أشياء معينة مثل الذاكرة العاملة، والتنظيم الذاتي للانفعالات، والقدرة على التخطيط المستقبلي أو التخطيط للأمام.

2. تتضمن المشكلات التي تتعلق بالترابط أو التماسك المركزي الانتباه الكبير للتفاصيل أو الأجزاء أثناء المعالجة المعرفية وهو ما يؤدي إلى حدوث قصور في تصور أو فهم وإدراك الكل المتماسك .

3. تؤدي المشكلات التي تتعلق بنظرية العقل أو المعرفة إلى قصور في أخذ منظور أو دور شخص آخر، أو القدرة على قراءة ما يفكر فيه الآخرون.

ما هي بعض الاعتبارات التربوية للطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد؟

- تتضمن البرامج التربوية للطلبة ذوي اضطرابات طيف التوحد التدريس المباشر والذي يتضمن منحى السلوك التطبيقي (ABA)، والتدريس في البيئة الطبيعية، وتوظيف مبادئ إدارة (تعديل) السلوك وذلك باستخدام تحليل السلوك الوظيفي (FBA) وتدعيم السلوك الإيجابي (PBIS).
- من الأمثلة على بعض البرامج المستخدمة مع هؤلاء الطلبة برنامج (PECS)، وأسلوب القصص الاجتماعية، وأسلوب تدريب المهارات المركزية أوالمحورية (PRT).

كيف يقييم المختصون التقدم والتحسن لدى الطلبة من ذوي اضطرابات طيف التوحد؟

- يمكن متابعة التقدم والتطور في مهارات اللغة والتفاعل الاجتماعي والسلوك التكيفي عبر توظيف أدوات قياس تم تصميمها خصيصا لتلك الأغراض.

ما هي بعض الاعتبارات المهمة المرتبطة بالتدخل المبكر للطلبة من ذوي اضطرابات طيف التوحد؟

- إن أهم برامج التدخل المبكر تلك البرامج التي تكون مبكرة ومكثفة وعالية التنظيم والمتضمنة للأسرة كعناصر اساسية.
- توظف برامج التدخل المبكرعادة تفاعلات اجتماعية طبيعية موظفة في بيئات طبيعية بما فيها صفوف التعليم العادي قدر المستطاع.

ما هي بعض الاعتبارات المهمة المرتبطة ببرامج الانتقال لمرحلة الرشد للطلبة من ذوي اضطرابات طيف التوحد؟

- فيما يرتبط بالطلبة ذوي اضطراب التوحد لابد أن تكون البرامج مرتكزة حول الشخص والذي يتم من خلالها تشجيع الشخص على اتخاذ قراراته بنفسه قدر الإمكان. وتدعم العيش المستقل في وحدات مجتمعية صغيرة للإقامة الداخلية أو في أماكن سكناهم مع ضرورة تزويدهم بالدعم المناسب، وضمان تحقيق فرصهم في التوظيف التنافسي أو التوظيف التنافسي المدعوم.
- فيما يرتبط بالطلبة ذوي متلازمة أسبرجر يكون التركيز على تطوير المهارات الاجتماعية والمهارات الضرورية للعمل ومرحلة ما بعد المدرسة الثانوية.

الفصل

7

الطلبة ذوو اضطرابات التواصل

Learners With Communication Disorders

د.موسى محمد العمايره
قسم علوم السمع والنطق
الجامعة الأردنية

"يميل الأطفال الذين يعانون من التأتأة إلى تعميم خوفهم من كلمة تبدأ بصوت معين إلى خوف من جميع الكلمات التي تبدأ بهذا الصوت. وخلال الصيف ألغيت بفاعلية صوت الفاء من مفرداتي باستثناء حرف الجر ل 'for' والذي كان حينها لا يشكل سوى صعوبة بسيطة جداً يمكن أن تؤدي إلى الرعب. وبعد أسابيع قليلة انتهى خوفي من صوت الفاء نظراً للظهور المفاجئ لصوت آخر هو اللام على ما اعتقد.

David Shields. Dead languages (1990)

يتوقع بعد قراءتك لهذا الفصل أن تعرف الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- ما هو تعريف اضطرابات التواصل؟
- ما نسبة انتشار اضطرابات التواصل؟
- ما الفرق بين الاختلافات التواصلية والاضطرابات التواصلية؟
- ما هي اضطرابات اللغة الرئيسة؟
- ما هي اضطرابات الكلام الرئيسة؟
- ما أهم الاعتبارات التعليمية لاضطرابات التواصل؟
- ما العناصر الأساسية لتقييم التقدم للطلبة ذوي اضطرابات التواصل؟
- ما أهم جوانب التدخل المبكر لاضطرابات التواصل؟
- ما الذي يركّز عليه التربويون عند انتقال الطلبة ذوي اضطرابات التواصل؟

[illegible]

الاعتقاد الخاطئ: يعاني الأطفال ذوي اضطرابات اللغة باستمرار من صعوبات في الكلام أيضا.

الاعتقاد الصحيح: يمكن أن يتكلم الطفل على نحو جيد، ولكن كلامه يكون بلا معنى، ومع ذلك يوجد لدى معظم الأطفال ذوي اضطرابات اللغة صعوبات في الكلام.

الاعتقاد الخاطئ: يعاني الأفراد ذوي اضطرابات التواصل من اضطرابات عاطفية أو سلوكية أو معرفية.

الاعتقاد الصحيح: يكون تطور بعض الأطفال ذوي اضطرابات التواصل طبيعيا من النواحي المعرفية والاجتماعية والعاطفية.

الاعتقاد الخاطئ: أصبحت كيفية اكتساب الأطفال للغة مفهومة تماما.

الاعتقاد الصحيح: بالرغم من كشف الأبحاث لأمور كثيرة حول مسار اكتساب اللغة، مما أدى إلى بلورة نظريات حول تطور اللغة، إلا أننا لا زلنا نجهل كيفية اكتساب الأطفال للغة بدقة.

الاعتقاد الخاطئ: التأتأة اضطراب يصيب الأفراد الذين لديهم مستويات ذكاء عالية جداً، الأطفال الذين يتأتئون يستمرون في التأتأة عند بلوغهم سن الرشد.

الاعتقاد الصحيح: التأتأة تصيب أفرادا بمستويات ذكاء مختلفة. بعض الأطفال يستمرون في التأتأة حتى سن الرشد، ولكن معظمهم يتوقفون عن التأتأة قبل أو عند سن المراهقة بمساعدة أخصائيي النطق واللغة. التأتأة في الأساس اضطراب طفولة، وهو منتشر على نحو أكبر بين الذكور مقارنة بالإناث.

الاعتقاد الخاطئ: اضطرابات الفونولوجيا (أو النطق) لا تكون خطيرة أبداً ويمكن معالجتها بسهولة.

الاعتقاد الصحيح: اضطرابات الفونولوجيا يمكن أن تؤدي إلى عدم وضوح الكلام، ويمكن أن يكون علاج هذه المشكلات صعب جداً أحياناً، وبخاصة إذا كان لدى الطفل شلل دماغي أو المشكلات معرفية أو اضطرابات عاطفية أو سلوكية.

الاعتقاد الخاطئ: لا توجد علاقة بين الذكاء واضطرابات التواصل.

الاعتقاد الصحيح: تظهر اضطرابات التواصل على نحو أكبر بين الأفراد الذين لديهم مستويات ذكاء أقل، بالرغم من أنها يمكن أن تظهر أيضا لدى أفراد ذوي مستويات ذكاء عالية جدا.

الاعتقاد الخاطئ: لا يوجد تداخل كبير بين اضطرابات اللغة وصعوبات التعلم.

الاعتقاد الصحيح: غالبا ما تُعد مشكلات المهارات اللغوية الشفوية، الاستماع، القراءة، الكتابة، الكلام، عناصر محورية في صعوبات التعلم.

الاعتقاد الخاطئ: يكتسب الأطفال، الذين يتعلمون مهارات لغوية محدودة قبل دخولهم الروضة، جميع المهارات التي يحتاجونها إذا تعرضوا لنماذج جيدة من أقرانهم الطبيعيين.

الاعتقاد الصحيح: التعلم المبكر للغة ضروري جداً لتطويرها في المراحل اللاحقة. ومن غير المحتمل أن يتعلم الطفل الذي لديه تأخر لغوي استخدام اللغة على نحو فعال نتيجة لمراقبة النماذج اللغوية لأقرانه فقط. وهناك حاجة إلى تدخل علاجي منهجي.

الاعتقاد الخاطئ: الأطفال الناطقون بالإنجليزية الذين أتقنوا المهارات اللغوية الاجتماعية سينجحون أيضا في المهمات الأكاديمية.

الاعتقاد الصحيح: لا يُعد إتقان مهارات التواصل الاجتماعية الأساسية ضمانة للنجاح الأكاديمي للطلبة، نظراً لحاجتهم إلى إتقان مهارات لغوية أكثر تقدماً تدعى "المهارات اللغوية المعرفية الأكاديمية".

يعد التواصل جزءاً طبيعيا من حياتنا اليومية. ونادراً ما نتوقف للتفكير في هذا الأمر. فحوارنا الاجتماعي مع الأسرة والأصدقاء والمعارف يسير بصورة طبيعية سهلة وممتعة؛ لدرجة يصعب معها التفكير في مواجهة أي صعوبة في هذا الحوار. ومع ذلك، انظر إلى وصف هيوليت وهاورد (2010) للكلام:

"الكلام جزء أساسي من الخبرة الإنسانية الذي يُعد أمرا مفروغا منه، ولكنه هبة إنسانية عجيبة. وعليك في المرة التالية التي تتحدث فيها مع فرد أو أكثر من الناس ملاحظة سلسلة العبارات الكلامية التي تربط بين المتحدثين والمستمعين، وتعجَّب من سرعة إرسال الرسائل واستقبالها." (ص. 15)

ينتاب معظمنا شعور بالشك في كفاية الكلام واللغة لدينا في المواقف الضاغطة غير الاعتيادية كالتحدث إلى جمهور كبير أو حضور مقابلة للحصول على وظيفة. وإذا ما انزعجنا من التواصل باستمرار، فإننا سننزعج من كل تواصل اجتماعي قمنا به.

قد لا يكون التواصل لدى بعض الأفراد سهلاً وممتعاً. فقد يتطلب الكلام جهداً كبيراً منهم. فعلى سبيل المثال، يواجه بعض الأفراد صعوبات خطيرة في إنتاج صوت واضح على نحو كاف، "اضطراب الصوت". وبعضهم الآخر غير قادر على اللغة التي تصدر عن الآخرين "اضطراب اللغة الاستقبالية". أما الشاب ديفيد شيلدز، الذي اقتبسنا منه في افتتاحية هذا الفصل، فقد كان غير قادر على إنتاج كلام طلق أو كلام بإيقاع وسرعة مناسبين وهذه "اضطراب طلاقة أو تأتأة".

لا تتضمن جميع اضطرابات التواصل اضطرابات كلام، كما أن اضطرابات الكلام ليست جميعها معيقة للتواصل الاجتماعي كالتأتأة، كما أن التأتأة ليست أكثر اضطرابات الكلام شيوعا. فالتأتأة تصيب فقط طفلاً واحداً من كل 20 طفلاً، وهناك طفل واحد من كل 100 طفل يتأتئ طيلة حياته، حيث يشفى معظم الأطفال الذين يتأتئون في مرحلة البلوغ (Owens, Metz, and Farinella, 2010; Yairi and Ambrose, 2004).

في وقتنا الحاضر، يُنظَر إلى صعوبة كالتي وصفها شيلدز ضمن السياق العام لاضطرابات التواصل، نظرا لما تشكله من عرقلة للتفاعل الاجتماعي الذي يُعد الهدف الرئيس للغة. لم يقتصر تأثير تأتأة الشاب ديفيد على جعله خائفا وغير قادر على نطق كلمات محددة، بل إلى عدم تمكنه من التعبير عن أفكاره ومشاعره أيضاً. وعندما نفكر في اضطرابات التواصل، لا بد من الأخذ بالحسبان ثلاثة عناصر: السياق الذي تم فيه التواصل (مثلا، في مجموعة، في الفصل الدراسي)، والأشياء التي تم التعبير عنها في التواصل أو الأسباب التي جعلت الشخص يتواصل (مثلا، للطلب، للتعليق، للتبرير)، والتنفيذ الفعلي للتواصل التعبيري والاستقبالي.

تعريفات Difinitions:

يستخدم الكلام واللغة كأدوات للتواصل. والتواصل هو عبارة عن عملية تبادل المعلومات لأغراض تواصلية متعددة، كالمشاركة الاجتماعية، وطلب الأشياء، وتبادل الأفكار، ورفض شيء أو التحاور. ويتطلب التواصل إرسال الرسائل على نحو مفهوم (التشفير) واستقبال الرسائل وفهمها (فك

التشفير). كما يتطلب دائما وجود مرسل للرسائل ومستقبل لها، ولكنها لا تتم دائما من خلال اللغة المنطوقة. فالتواصل يمكن أن يكون غير لفظي، وفي الواقع، فإن جزءً مهما من التفاعل بين الناس غير لفظي (Owens et al., 2010). فاللغة (اللفظية وغير اللفظية) والكلام أدوات مهمة للتواصل البشري. يعيق اضطراب التواصل القدرة على نقل الأفكار والحقائق، والمشاعر والرغبات واستقبالها، وقد يشتمل على اللغة أو الكلام أو كليهما، بما في ذلك السمع أو الاستماع أو القراءة أو الكتابة.

اللغة عبارة عن تبادل للأفكار-إرسالها واستقبالها- من خلال نظام رموز توافقي يستخدم ضمن قواعد معينة تحدد المعنى. ويطلق على التشفير أو إرسال الرسائل اللغة التعبيرية. أما فك التشفير أو فهم الرسائل فيطلق عليه اللغة الاستقبالية. وعندما يفكر الناس باللغة، فعادة ما تكون اللغة المنطوقة. الكلام عبارة عن نشاط عصبي عضلي لتشكيل أصوات اللغة المنطوقة وتتابعها، وهو النظام الرمزي الأكثر شيوعا للتواصل بين البشر. ولولا هذا النظام المشفر المنضبط بقواعد، لما كان لدينا كلاماً، بل همهمات وآهات فقط.

ومع ذلك لا تعتمد بعض اللغات على الكلام. فعلى سبيل المثال، لا تتضمن لغة الإشارة الأمريكية أصواتاً كلامية، فهي لغة يدوية يستخدمها كثير من الناس الذين لا يسمعون الكلام. التواصل المعزز أو البديل للأفراد الذين لديهم إعاقات، بما في ذلك الحركات الخاصة بالكلام، يمكن أن يتضمن بدائل للأصوات الكلامية في اللغة المنطوقة (مثل: ألواح الصور، لغة الإشارة الأمريكية، الإشارات، الوسائل الإلكترونية التي تنتج الكلام).

تقدم الجمعية الأمريكية للنطق واللغة والسمع (آشا) The American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) تعريفات لاضطرابات التواصل، بما فيها اضطرابات الكلام، واضطرابات اللغة والتباينات اللهجية في التواصل (الاختلافات أو اللهجات والأنظمة المعززة) التي لا تشكل اضطرابات (انظر الملحق الذي يركز على المفاهيم). اضطرابات الكلام هي العوائق التي تعترض سبيل إنتاج الكلام واستخدام اللغة المنطوقة، وتتضمن عدم القدرة على نطق الأصوات اللغوية، وعدم الكلام بانسياب طبيعي وفقدان الصوت.

تتضمن اضطرابات اللغة مشكلات الاستيعاب والتعبير. ولا بد من التذكير أن اللغة تحكمها قواعد. وقد تتضمن المشكلات-مخالفة القواعد- الشكل (الفونولوجيا، والصرف، والنحو) أو المضمون (المعنى) أو استخدام اللغة (السياق الاجتماعي للغة pragmatics).

- علم الفونولوجيا (phonoligy) يطلق على القواعد التي تنظم استخدام الأصوات اللغوية- الأصوات اللغوية المحددة وكيفية تتابعها.
- علم الصرف (Morphology) يطلق على القواعد التي تحكم تغيير الشكل الداخلي للكلمات، كإضافة اللواحق والإضافات الصرفية للحصول على الجمع والزمن للفعل، وغير ذلك.
- علم النحو (Syntax) يطلق على القواعد التي تنظم الجمل وتجعلها مفيدة، وتتضمن، على سبيل المثال، المسند والمسند إليه، ووضع المحددات في المكان المناسب.

- علم الدلالة (Semantocs) يطلق على القواعد التي تحدد إعطاء المعاني والمفاهيم للكلمات.
- الاستخدام (Pragmatics) ويطلق على القواعد المتعلقة باستخدام اللغة لأغراض اجتماعية.

يمكن أن تتضمن اضطرابات اللغة واحداً أو أكثر من علوم اللغة آنفة الذكر. ولا تُعد الاختلافات في الكلام أو اللغة التي يشترك فيها الأفراد في منطقة معينة أو مجموعة اجتماعية أو ثقافية أو عرقية اضطرابات في اللغة. فعلى سبيل المثال، تُعد اختلافات اللغة الإنجليزية للأفارقة الأمريكان (اللغة الإنجليزية العامية للسود) أو الإنجليزية الآبالاشية أو لهجة الكيجون تنوعات للغة الإنجليزية، وليست اضطرابات كلام أو لغة. ويحكم هذه الاختلافات قواعد خاصة تعكس التنوع الثقافي واللغوي لشمال أمريكيا. فإذا ما كان الكلام واللغة يستخدمان قواعد ثابتة يحددها مجتمع هذه اللغة فإنها لا تُعد اضطرابا حتى لو اختلفت هذه القواعد عمّا اعتدنا على سماعه وقوله.

وفي سياق مشابه، فإن استخدام أنظمة التواصل المعززة والبديلة لا تعنى أن شخصا ما يعاني من اضطراب لغة، بل يجب أن ينظر إلى مثل هذه الأنظمة كداعم للأشخاص الذين لا يستطيعون استخدام الكلام للتواصل على نحو دائم أو مؤقت. فقد يكون أو لا يكون لدى الأفراد الذين يستخدمون أنظمة التواصل المعززة أو البديلة اضطرابات لغة إضافة إلى عدم قدرتهم على الكلام.

نسبة الانتشار Prevalence:

من الصعب تحديد نسبة انتشار اضطرابات التواصل نظرا لتنوعها وصعوبة التعرف إليها، ولظهورها أحيانا كجزء من إعاقات أخرى (مثل، الإعاقات المعرفية، إصابات الدماغ، صعوبات التعلم، أو التوحد). وهناك ما يقرب من مليون طفل (خمس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة) يتلقون خدمات علاجية خاصة باضطرابات اللغة أو النطق. فعلاج النطق واللغة من أكثر الخدمات التي تُقدَّم للأطفال الذين لديهم إعاقات أخرى (أعاقات عقلية أو صعوبات تعلم).

يعاني ما يقرب من 8-9% من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة و5% من الطلبة في المرحلة الابتدائية والثانوية من اضطرابات نطق. كما يعاني 2-3% من أطفال ما قبل المدرسة وحوالي 1% من أطفال المدرسة من اضطرابات لغة (Ehren & Nelson, 2005; National Institute on Deafness and Communication Disorders, 2011; Nelson, 1998; Onslow, Packman, & Payne, 2007). ويتوقع زيادة اضطرابات التواصل المختلفة في العقود المقبلة نظرا لتقدم الطب والحد من وفيات الأطفال واليافعين الذين لديهم إعاقات شديدة تؤثر على التواصل. وعليه، تحتاج المدارس لمزيد من أخصائيي النطق واللغة، كما تحتاج إلى تقديم مزيد من المعلومات حول اضطرابات التواصل لمعلمي التعليم العام ومعلمي التربية الخاصة، وهناك حاجة لإشراك عدد أكبر من المعلمين لمساعدة الطلبة على التواصل على نحو فعّال.

التركيز على المفاهيم

تعريفات الجمعية الأمريكية للنطق واللغة والسمع

I. اضطراب التواصل هو إعاقة لقدرة الفرد على استقبال المفاهيم أو الرموز وإرسالها ومعالجتها وفهمها سواء كانت رموزا منطوقة أو غير منطوقة أو مرئية. ويمكن أن يظهر اضطراب التواصل في عمليات السمع واللغة و/أو الكلام. ويمكن أن يتدرج في شدته من البسيط إلى الشديد جداً. كما يمكن أن يكون تطورياً أو مكتسباً. ويمكن أن يكون لدى الأفراد اضطراب في جانب أو أكثر من جوانب التواصل. وقد يكون اضطراب التواصل إعاقة بحد ذاته وقد يكون نتيجة ثانوية لإعاقات أخرى.

1. اضطراب الكلام هو مشكلة في نطق الأصوات الكلامية أو الطلاقة و/أو الصوت.

1. اضطراب الكلام هو عجز في نطق الأصوات الكلامية يتمثل في استبدال الأصوات بغيرها أو حذفها أو تشويهها أو إضافة أصوات غير موجودة، الأمر الذي يؤثر سلبا في وضوح الكلام.

2. اضطراب الطلاقة هو انقطاع في تدفق الكلام يؤدي إلى مظاهر غير طبيعية في سرعة الكلام وإيقاعه، وتكرارات للأصوات والمقاطع والكلمات والعبارات. وقد تكون المظاهر مصحوبة بتوتر وسلوك شد، وسلوكيات ثانوية أخرى.

3. اضطراب الصوت يتمثل في إنتاج غير طبيعي للصوت يؤثر في طبقة الصوت وعلوه وصفاته والرنين والزمن بحيث تكون غير مناسبة لعمر الفرد و/أو جنسه أو غياب للصوت على نحو كامل.

2. اضطراب اللغة عبارة عن إعاقة في الاستيعاب و/أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة، و/أو أنظمة التشفير. ويمكن أن يشمل الاضطراب (1) بنية اللغة (الفونولوجيا، الصرف، النحو) أو (2) محتواها (المعنى) أو (3) استخدام اللغة للتواصل أو جانبين أو أكثر.

1. بنية اللغة:

- الفونولوجيا هي النظام الصوتي للغة والقواعد التي تحكم تتابع الأصوات.
- الصرف هو النظام الذي ينظم بناء الكلمات وتشكيلها واشتقاقها.
- النحو هو النظام الذي ينظم ترتيب الكلمات واختيارها لتكوين الجمل، والعلاقة بين هذه الكلمات ضمن الجملة الواحدة.

2. محتوى اللغة

- المعنى هو النظام الذي ينظم معاني الكلمات والجمل.

3. وظيفة اللغة

- البراجماتيكا هو النظام الذي يجمع مكونات اللغة (البنية والمحتوى) على نحو وظيفي واجتماعي مناسب للتواصل.

II. تنوع التواصل

- الاختلاف في اللغة أو اللهجة هو تنوع في نظام الرموز تستخدمه مجموعة من الأفراد في التواصل ليعكس أو يمثل عوامل جغرافية أو اجتماعية أو ثقافية عرقية. فالتنوع الجغرافي الاجتماعي الثقافي العرقي في النظام المستخدم لا يُعد اضطرابا في الكلام أو اللغة.
- تهدف أنظمة التواصل المعززة والبديلة لتعويض الإعاقة أو العجز لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات لغوية شديدة على المستوى الاستقبالي و/أو التعبيري لتسهيل التواصل لديهم على نحو مؤقت أو دائم. ويحتاج للتواصل المعزز أو البديل كل من لديه إعاقة في الإشارة أو الكلام أو الكتابة.

المصدر: الجمعية الأمريكية للنطق واللغة والسمع (1993). تعريفات اضطرابات التواصل والتنوع. ASHA, 35 (suppl. 10), pp. 40-41. أعيدت الطباعة بعد الحصول على الإذن.

تنوع التواصل Communication Varriations:

إن حقيقة عدم استخدام الطالب للكلام أو اللغة المتوقع منه في المدرسة لا يعني بالضرورة وجود اضطراب لغة لديه. والسؤال الأهم هو فيما إذا كان الطالب محاور فعال بكلام مجتمعه ولغته (انظر Goldstein & Iglesias, 2004; Jutice, 2006; Owens, 2004). يواجه الشخص الذي لديه اختلاف يشكّل اضطرابا في اللغة صعوبة في التواصل في جميع البيئات اللغوية بما فيها لغته الأم ولغة مجتمعه.

تُعد التنوعات اللغوية المنتظمة التي تحكمها قواعد من اللهجات (Vinson, 2007). ويمكن أن يؤدي وجود اللهجة إلى تشخيص خاطئ يفيد بوجود اضطراب لغة. فكلام الأمريكيين الأفارقة ولغتهم، على سبيل المثال، يمكن أن تُعد خطأ مؤشراً على اضطراب، مع أنه في الحقيقة مجرد اختلاف عن اللغة الإنجليزية الفصيحة. وفي المقابل، يمكن أن يصنف اضطراب في اللغة لدى طفل أمريكي إفريقي على أنه لهجة، مما يؤدي بالتالي إلى عدم تشخيصه (Stockman, 2010). وبالرغم من أن الاختلافات اللغوية أو اللهجية لا تشكل اضطراب لغة، إلا أنه يمكن أن يجتمع لدى شخص واحد اضطراب في اللغة واختلاف لهجي. ومثل هذا الشخص لا يمكنه التواصل على نحو فعال حتى مع الآخرين الذين يستخدمون اللهجة نفسها.

حرص أخصائيو النطق واللغة والمعلمون في المدارس على تشجيع الأطفال على التواصل مع الأخصائيين الذين يستخدمون لهجات فرعية مختلفة عن لهجة الأطفال. فمن ناحية، يجب الحذر لكي لا نشخص خطأ الاختلافات الثقافية أو العرقية على أنها اضطراب، ومن ناحية أخرى، يجب أن لا نُغفل تشخيص الاضطرابات التي تبدو في ظاهرها وكأنها اختلافات لهجية. وعلى الأخصائي الانتباه لجوانب القصور في الاختبارات المعيارية وبخاصة ما يتعلق منها بالتحيز (لثقافة معينة) عند تقييم لغة الأطفال.

فقد لا يكون لدى الطفل اضطراب لغة، ومع ذلك فإنه يحتاج تعليما خاصا لتحسين تحصيله الأكاديمي وتواصله الاجتماعي. ويجب تعليم الأطفال الذين لا ينتمون للثقافة المهيمنة قواعد التواصل الفعال في هذه الثقافة. من ناحية أخرى، يجب على الأخصائيين فهم لهجات الأطفال في سياق ثقافاتهم وتقبلها. إن الفشل في تعليم الأطفال المهارات التي يحتاجونها للتواصل بفاعلية تبعا لقواعد الثقافة المهيمنة، ستحرمهم من فرص كثيرة. وفي واقع الأمر، يمكن أن يحتاج أطفال لغات الأقلية أن يتعلموا العيش في عالمين، عالم تستخدم فيه لغة ثقافتهم وعالم آخر تستخدم فيه لغة المدرسة.

لا يتكلم عدد كبير من الطلبة -ممن يشكل لهم اختلاف اللغة مشكلة- لغات مختلفة، ولكنهم يتكلمون لهجات خاصة بمجموعات محددة. فمثلا، الأبالاشية هي إحدى اللغات التي تختلف عن اللغة الإنجليزية الفصيحة ولكنها ليست اضطراب لغة. فالناس في أبالاشيا يتكلمون على نحو مختلف عن الإنجليزية وبخصائص لا توجد في اللهجات الإنجليزية الأخرى. ويجب على المعلمين مراعاة ذلك، وأن يساعدوا الطلبة الآخرين على فهم أن اللهجات الأخرى ليست أقل منزلة وأنها ليست ذات نظام

محدود. إضافة لذلك، يجب على المعلمين أن يميزوا الاختلافات الثقافية بغض النظر عن وسيلة التواصل المستخدمة. تظهر قضايا تعدد الثقافات في جميع مواقف التواصل، بما في ذلك المواقف التي تستخدم فيها وسائل التواصل المعززة والبديلة (Goldstein & Iglesias, 2004).

تختلف العائلات على نحو كبير في طريقة التحدث إلى الأطفال وفي اللغة التي يتوقعون استخدام الأطفال لها. وقد يكون استخدام لهجات مختلفة في غير صالحهم بالرغم من أنهم لا يعانون من اضطرابات في اللغة. ونتيجة لذلك كان هناك اقتراح بتعليم اللغة الإنجليزية الفصيحة على نحو مباشر ومنظم للطلبة الذين يلتحقون بالمدرسة وهم لا يتقنون اللغة الإنجليزية في كتبهم المقررة (e.g., Raspberry, 2001). ومن بين توصيات جولدشتاين وايجليسياس (Goldstein & Iglesias, 2004) ما يأتي:

- خذ القيم الثقافية ونمط التعلّم للطلبة بعين الاعتبار.
- اطلب المساعدة من الزملاء والوالدين وغيرهم عند الضرورة.
- انظر إلى الطفل في السياق الطبيعي لقاعة الدرس.
- اعرف خصائص لهجات المجتمع.
- خذ لهجة الطالب بعين الاعتبار.
- استخدم الأدوات الأقل تحيزاً في التقييم.

ومن الأمور الرئيسة المقلقة في الوقت الحاضر في التعليم العام والتربية الخاصة على حد سواء تدريس الأطفال الذين يتعلمون اللغة الإنجليزية كلغة ثانية والذين لا يتقنون اللغة الإنجليزية أو الذين لديهم لغة إنجليزية محدودة. إن التعليم ثنائي اللغة مجال مقلق، ومثار جدل نظرا للتغير السريع في التركيبات السكانية في مجتمعات أمريكية عديدة. فالأطفال الناطقون بالأسبانية يشكلون نسبة متزايدة من طلبة المدارس في المقاطعات. إضافة إلى ذلك، فقد هاجرت أعداد متزايدة من الأطفال من جنسيات مختلفة ممن لا يتكلمون الإنجليزية إلى الولايات المتحدة خلال العقد الماضي، وكثير منهم لا يتقنون الإنجليزية أو أن إتقانهم لها محدود. كما أن منهم من يعانون من إعاقات أيضا. إن مجال التربية الخاصة لثنائيي اللغة لا زال في مرحلة التطور. وكما ناقشنا في الفصل الثالث، يشكل اختيار الطريق الأمثل لتعليم الأطفال اللغة الإنجليزية بإتقان تحديا كبيرا في القرن الحادي والعشرين، وبخاصة عندما يكون لدى هؤلاء الأطفال إعاقات إضافة إلى اختلاف لهجاتهم.

اضطرابات اللغة Languag Disorders:

من غير الممكن فهم اضطرابات التواصل إن لم تكن لدينا معرفة بالتطور الطبيعي للغة. لذلك، سنقدم وصفا مختصرا للتطور الطبيعي للغة قبل مناقشة اضطرابات اللغة والكلام. سنناقش أولا وعلى نحو مفصّل اضطرابات اللغة، ومن ثم نناقش اضطرابات الكلام لأن تركيز أخصائيي النطق واللغة والأخصائيين الآخرين قد تحوّل مع تطور خدمات التربية الخاصة والخدمات الأخرى من الكلام إلى اللغة (Owens, et al., 2010).

يصدر الطفل حديث الولادة أصواتاً قليلة إضافة للبكاء. ومع ذلك، يتمكن الطفل في غضون سنوات قليلة من إنتاج عدد كبير من الأصوات اللغوية المعقدة، وفهم اللغة المنطوقة والمكتوبة، والتحدث للتعبير عن نفسه. يعرف المختصون في تطور اللغة المعالم الرئيسة لتطوّر القدرة على استخدام اللغة، بالرغم من أن الآلية التي تنظم عملية اكتساب اللغة لا تزال غير مفهومة جيدا. فأي جوانب اللغة عملية التعلم فطرية وأي جوانب ترجع للبيئة؟ وما العلاقة بين التطور المعرفي وتطور اللغة؟ هذه الأسئلة وغيرها حول أصول اللغة واستخداماتها لم تتم الإجابة عليها على نحو قاطع حتى الآن.

يبن الجدول 1-7 مراحل التطور الطبيعي للكلام واللغة والتواصل. ويمكن للطفل الذي يعاني من اضطراب اللغة أن يصل في نهاية المطاف إلى كثير من المعالم الرئيسة التي تتطور على نحو طبيعي، ولكن في عمر أكبر من عمر الأطفال الطبيعيين. ومن المهم ملاحظة أن بعض الأطفال يلحقون بأقرانهم من حيث التطور اللغوي في مرحلة معينة، ولكنهم يتأخرون عن أقرانهم مرة أخرى في مراحل لاحقة.

لا يعرف أحد بدقة كيف يتعلم الأطفال اللغة، ولكننا نعرف أن تطور اللغة مرتبط على نحو عام بالتطور الجسمي والمعرفي والاجتماعي. ولا زالت تفاصيل ما يحدث جسميا ومعرفيا واجتماعيا وعلاقته بتعلم اللغة مثار خلاف. تناقش نلسون (Nelson, 1998) ست نظريات لغة هيمنت على دراسة التواصل الإنساني في أوقات مختلفة. وقد خلصت النظريات الستة والأبحاث التي بنيت عليها إلى ما يأتي:

1. يعتمد تعلم اللغة على تطور الدماغ وعمله على نحو سليم. ففي بعض الأحيان تنجم اضطرابات اللغة عن خلل في عمل الدماغ، ويمكن أحيانا تعليم طرق بديلة للتعويض عن هذا الخلل.
2. يتأثر تعلم اللغة بتبعات السلوك اللغوي. ويمكن أن تكون اضطرابات اللغة نتيجة للتعلم الخاطئ، ويمكن استخدام تبعات محددة لتصحيح اضطراب اللغة. وفي هذه الحالة، يكون التركيز على علم النفس السلوكي.
3. يمكن تحليل اللغة إلى مدخلات ومخرجات مرتبطة بالطريقة التي تتم فيها معالجة المعلومات. وقد تكون المعالجة الخاطئة للمعلومات مسؤولة عن بعض اضطرابات اللغة، ويمكن أحيانا تعليم مهارات معالجة معلومات أكثر فاعلية. وفي هذه الحالة، يكون التركيز على معالجة المعلومات.
4. يتم اكتساب اللغة بعملية بيولوجية تحدد القواعد التي تحكم البنية والمحتوى والاستخدام.

جدول 1-7 تطور الكلام واللغة والتواصل

حديث الولادة	يفضل الوجه والصوت الإنساني. يستطيع أن يميز علو الصوت، والتنغيم، والفونيمات.
3 شهور	يبدأ في المناغاة. يستجيب صوتيا للمربي.
6 شهور	يبدأ المناغاة المكررة با-با-با.
8 شهور	يبدأ باستخدام الإشارة. يبدأ بالمناغاة غير المكررة (يَ-دَ-يَ-دَ-يَ-دَ). يقلّد نغمات كلام الكبار (تدعى الرطانة).
10 شهور	إضافة لما تقدم، تصبح لديه أشكال صوتية ثابتة.
12 شهرا	الكلمات المنطوقة الأولى، تحل الكلمات بدلا من الاشارة للتعبير عما يريده.
18 شهرا	يبدأ بتشكيل عبارات اعتمادا على قواعد ترتيب الكلمات.
سنتان	يبدأ بإضافة المورفيمات الصرفية والاشتقاقية. متوسط عدد المورفيمات للتفوه 1.6-2.2.
3 سنوات	ينتج جملاً قريبة من جمل الكبار. متوسط عدد المورفيمات للتفوه 3.0-3.3.
4 سنوات	يبدأ بتغيير أسلوب الكلام بما يتناسب وشريكه في الحوار. متوسط عدد المورفيمات للتفوه 3.6-4.7.
5 سنوات	تعلّم 90% من بنية اللغة.
6 سنوات	يبدأ بتعلّم التواصل اعتمادا على حاسة البصر عن طريق القراءة والكتابة.
8 سنوات	يكتسب جميع أصوات اللغة.
المراهقة	يشارك في الحوارات بكفاءة ويسرد القصص. يعرف المعاني المتعددة للكلمات واللغة المجازية. يستخدم الأسلوب المناسب لجنس المستمع عندما يتكلم.
الرشد	تتطور حصيلة المفردات لتصبح بين 60-30 ألف كلمة. لديه أساليب حوار مختلفة للتواصل مع مختلف المستمعين ولأسباب مختلفة.

Owens, R. E., Jr, Evans, D. E., & Haas, B. A. (2000). Introduction to communication Disorders: A life span persp0ective. Boston: Allyn and Bacon.

واضطرابات اللغة هي نتاج الفشل في اكتساب هذه القواعد أو توظيف جوانب اللغة التي تحكمها هذه القواعد، ويمكن أن يتم تجاوز هذه الاضطرابات عن طريق مساعدة الفرد على استنتاج هذه القواعد أو تعلمها. ويكون التركيز هنا على الجوانب اللغوية أو الفطرية.

5. اللغة إحدى المهارات المعرفية. تعكس اضطرابات اللغة مشكلات في التفكير والتعلم، ويمكن أحياناً معالجة هذه الاضطرابات على نحو فعال عن طريق تعليم مهارات معرفية محددة. ويكون التركيز هنا على التطور المعرفي.

6. تبرز أهمية اللغة من الحاجة للتواصل الاجتماعي. وتحدث اضطرابات اللغة انقطاعا في قدرة الفرد على الارتباط ببيئته، ويمكن أحيانا إعداد البيئة الطبيعية لتعليم ودعم تفاعل أكثر فاعلية. وفي هذه الحالة يكون التركيز على التواصل الاجتماعي.

تتضمن جميع هذه النظريات عناصر علمية صحيحة، ولكن أيا منها لا تستطيع بمفردها تفسير تطور اللغة واضطراباتها على نحو كامل. فكل نظرية من هذه النظريات لها إيجابيات وسلبيات تتعلق بتقييم اضطرابات اللغة واستنباط طرق علاج فعّالة. ويمكن أن يقود التطور التكنولوجي في التصوير العصبي إلى فهم أفضل للأساس البيولوجي للغة (Foundas, 2001). ومع ذلك، يُنْظَر إلى نظرية الاستخدام أو التفاعل الاجتماعي على نحو واسع على أنها أكثر النظريات التي لها تطبيقات مباشرة عند أخصائيي علاج النطق واللغة والمعلمين لأنها تسلّط الضوء على كيفية تعزيز مهارات التواصل من خلال التفاعل بين الشخص الراشد والطفل (Owens, 2004).

تتضمن اللغة مهارات الاستماع والتحدث والقراءة والكتابة وفنيات الخطاب والتفاعل الاجتماعي. وعليه فإن مشكلات اللغة أساسية في كثير من الإعاقات التي نوقشت في هذا الكتاب، وبخاصة الإعاقة السمعية، والإعاقات العقلية، وإصابات ا لدماغ، واضطراب طيف التوحد وصعوبات التعلم.

تصنيف اضطرابات اللغة Classificcetion of Language Disordes:

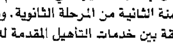
يمكن تصنيف اضطرابات التواصل تبعا لمحددين أساسيين: فرع اللغة المتأثر وسبب الاضطراب. تقترح تعريفات الآشا في تسليطها الضوء على المفاهيم صفحة 269 تصنيفا يتضمن خمسة فروع أو أنواع للغة: فونولوجية (الأصوات)، صرفية (بنية الكلمات)، نحوية (ترتيب الكلمات وبنية الجملة)، دلالية (معاني الكلمات والجمل)، الاستخدام (الاستخدام الاجتماعي للغة). إن وجود صعوبة في أحد فروع اللغة يؤدي بالتأكيد إلى صعوبة في فرع أو أكثر من الفروع الأخرى. ومع ذلك، غالبا ما يعاني الأطفال الذين لديهم اضطرابات من صعوبة في فرع واحد.

تعتمد الطريقة الأخرى لتصنيف اضطرابات اللغة السبب المفترض أو الأسباب ذات العلاقة. والتصنيف تبعا للسبب يعرض نوعان فرعيان: رئيس وثانوي. فاضطراب اللغة الرئيس ليس له سبب معروف. أما اضطراب اللغة الفرعي فينجم عن مشكلة أخرى كالإعاقة العقلية أو الإعاقة السمعية أو اضطراب طيف التوحد، أو الشلل الدماغي أو إصابات الدماغ.

إن الطريقة العلمية لحل المشكلات تتطلب تصنيفها، ولكن يصعب جداً تصنيف الناس ولغتهم. ولهذا السبب يكتنف الغموض جميع أنظمة التصنيف، فلا يوجد تصنيف يشمل جميع الحالات. ففي كتاب مخصص لاضطرابات اللغة، قال أوينز (Owens, 2004):

لا يمكن وصف كثير من الأطفال الذين لديهم اضطرابات لغة من خلال الأصناف التي تمت مناقشتها في هذا الفصل. فقد يكون لمثل هؤلاء الأطفال أكثر من صنف تشخيصي رئيس وقد لا تنطبق الخصائص لديهم على أي صنف. فكل طفل يمثل مجموعة فريدة من الظروف. وبناء على ذلك، يجب أن يكون تقييم اللغة وعلاجها فرديا (ص. 20).

يمثل رايان الذي وصفت حالته في الجزء التالي "قصص نجاح" مثالا نموذجيا لهذا المفهوم. فقد عانى من إصابة في الدماغ، وقد استطاع بمساعدة أسرته والأخصائيين المشاركين تعلّم التواصل مرة أخرى. وقد كان رايان محظوظاً لشفائه التام، ولكن معاناته مع التواصل لا زالت حاضرة في ذاكرته.



قصص نجاح

نتيجة للتنسيق بين الخدمات الطبية والتربوية، انتقل رايان من إعادة التأهيل إلى العودة إلى مدرسة بنجاح.

رايان ماجار: عندما أنظر للوراء، أدرك كم كنت بطيئا نتيجة لإصابة الدماغ.

تعرّض طالب الجامعة رايان لإصابة خطيرة في اصطدام سيارة في عيد الشكر، عندما كان في السنة الثانية من المرحلة الثانوية. وقد وفر برنامج إصابات الدماغ الخلاق حلقة بين خدمات التأهيل المقدمة له وعودته للمدرسة.

وهذه هي أسس نجاحه:

- التنسيق المكثف بين الخدمات والدعم الكبير
- التعليم الأكاديمي المكثف وتطوير المفردات
- الأهداف المحددة لاستراتيجيات التعويض وتدريب المعلم

بقي رايان ماجار في غيبوبة لمدة ثلاثة أيام بعد إصابته، وقد شكلت الصعوبات في اللغة والمعالجة المعرفية تحديا أكاديميا. وقد وجهت مدرسة التربية الخاصة نانسي ماهر-ماكسويل برنامجا متخصصا في إصابات الدماغ لمجلس مقاطعة ناسو للخدمات التربوية التعاونية في نيويورك. وعندما أصيب رايان، نسقت نانسي الخدمات الطبية والتربوية المقدمة له. وقامت بتدريب معلميه لتلبية حاجاته الفردية عند عودته للمدرسة بعد الحادث. وقد عزى رايان نجاحه للتدريب المكثف الجاد والتعليم الخاص المحدد بالتزامن مع الشفاء العصبي التلقائي، والرغبة الجامحة في الانجاز.

التنسيق المكثف للخدمات والدعم. كانت كاثي ماجار ممتنة لأن شخصا ما في المستشفى أخبرها بمشروع إصابة الدماغ: "فقط الإصابة، ومحاولة الاعتناء بأطفالك الآخرين-جميع العائلة تتجه للانهيار. لم يكن لدي التركيز أو أي شئ للتعامل مع هذا (الوضع). وحسب ماهر ماكسويل، فإن الأبحاث تشير إلى أن الأطفال الذين يكون لديهم ارتباط بين التأهيل والعودة للمدرسة، إضافة إلى دعم الموظفين المستمر لهم حال عودتهم، يحققون نجاحاً أكبر من غيرهم الذين لا تتوافر لهم هذه الظروف.

رايان رجع إلى المدرسة على نحو جزئي في نيسان من السنة الثانية في المرحلة الثانوية. والتحق بالعيادات الخارجية للعلاج في مركز تأهيل في الفترة الصباحية وبالمدرسة الثانوية الحكومية المحلية في المساء لدراسة اللغة الإنجليزية والدراسات الاجتماعية والفنون وغرفة المصادر. وفي السنة النهائية عاد للدوام الكامل، ودرس جميع المساقات الأكاديمية بمساعدة من غرفة المصادر لمدة 45 دقيقة يوميا.

التدريب الأكاديمي المكثف وتطوير المفردات: تذكر نانسي ماكسويل عندما قابلت رايان بعد ستة أسابيع من الحادث، أنه كان مصمما على التخرج مع صفه وأنه بحاجة للتدريس. "أخبرني الأخصائي النفسي في المستشفى الذي اختبر رايان بعد 9 أسابيع من الحادث أن من المحتمل أن لا يتمكن رايان من إكمال دراسته في المدرسة، وأنني أغرقه بالأمور الأكاديمية. قالت السيدة ماجار، لكن هذا ما أراده، وعلي أن أدعه يحاول فعل ذلك. اتصلت نانسي بمدرسة رايان في المقاطعة. وقد وافقت معلمته السابقة للغة الإنجليزية أن تكون مدرسته في البيت، وأصبحت دروسه، بمساعدة ماهر-ماكسويل- فردية، تركز على المفردات ومعاني الكلمات. استخدمت البطاقات السريعة وقد كونّت مع رايان جملا مضحكة باستخدام إستراتيجية التذكّر لمساعدته على تذكر المعلومات. وبدلا من إعطائه فصلا ليقرأ عن التاريخ، جمعت المادة ليتعلّمها من خلال تقسيمها إلى وحدات أصغر.

أهداف محددة للاستراتيجيات التعويضية وتدريب المعلم نسّق مشروع إصابات الدماغ عودة رايان إلى بيئة التعليم المنتظم بتقديم ورش عمل إضافة إلى الدعم المستمر لمعلميه. وقد ركز التدريب على حاجة رايان ليتعلّم المعلومات الجديدة بطرق متنوعة. وقد تعلّم المعلمون أساليب لتعزيز مهارات الدراسة، ككتابة الملاحظات وتلخيص الفصول وتنظيم المشاريع. وغالبا ما يحاضر معلّم المدرسة الثانوية حول الموضوع، ويتوقع أن يدون الطلبة ملاحظات جيدة، ويقيّمهم عن طريق الاختبار. ونظراً للاضطراب في أنظمة التعلّم للطلبة الذين لديهم إصابة في الدماغ، فقد تكون سرعة المعالجة لديهم بطيئة، فهم يحتاجون إلى وقت أضافي في التعليم وفي الاختبار كما تقول نانسي ماهر-ماكسويل.

تذكر والدة رايان أنه كان من الصعب التكهن بأن رايان سيستعيد قدراته اللغوية. فقد كان يواجه وقتا صعبا في مهارات التصنيف أثناء علاج النطق. فقد طلب منه معالج النطق تسمية خمس خضروات خضراء، ولكنه لم يستطع. وما زاد الدهشة أن رايان لم يكن يتخيل أن أحدا يستطيع ذلك.

إن إصابات الدماغ هي إصابات مكتسبة تتطلب إجراء تعديلات جديدة. فقد قالت السيدة ماجار، لو لم أتحدث مع نانسي، لما كنت ألحقت رايان بغرفة المصادر، حيث أنه لم يحتاج إلى تعليم خاص من قبل. كما تجعل إصابات الدماغ القدرة على التنؤ بالمستقبل أكثر صعوبة. تقول ماهر-ماكسويل إن التقييم النفسي العصبي لم يأخذ أبدا بالحسبان تصميم رايان والاستراتيجيات التعويضية التي قدمها التعليم الخاص عندما قال بأن رايان يمكن أن ينسى تطلعاته الأكاديمية.

لا زال رايان يجد نفسه أسرع تشتتا مما اعتاد عليه من قبل، ويحتاج إلى وقت إضافي في بعض امتحانات الجامعة. ولكنه بقي واثقا بالنسبة للمستقبل بقوله "سوف أنجح في هذا العالم وسأعمل ما أود عمله. ليس لدي شك في ذلك."

بقلم جين كروكت

اضطرابات اللغة الرئيسية Primary Language Rizoles:

ضعف اللغة المحدد Specific Languag Impairment. اضطراب اللغة الذي ليس له سبب معروف، وهو اختلاف في اكتساب اللغة غير متوقع وغير مبرر (Silliman & Scott, 2006). تؤدي هذه الإضطرابات إلى قصور واضح في اللغة لا يعود إلى الإعاقات العقلية أو المشكلات المعرفية التي تميّز صعوبات تعلم اللغة والإعاقات السمعية، وما إلى ذلك (Owens, et al. 2007). وغالبا ما يشمل ضعف اللغة المحدد جوانب متعددة من اللغة. وتشيع اضطرابات التعلّم، وبخاصة في مجالي القراءة والكتابة، عند الأطفال الذين يعانون من ضعف اللغة المحدد (Choudhury & Benasich, 2003; Kohnert, Windsor, & Yim, 2006; Peterson, Pennington, Shriberg, & Boada, 2009; Tomblin, 2010).

تأخر اللغة التعبيرية المبكر Early expressive Language delay. تأخر واضح في اللغة التعبيرية لا يمكن للطفل تعويضه (مثال: الطفل ليس لديه 50 كلمة أو لا ينتج تفوهات من كلمتين في سن سنتين). يتمكن ما يقرب من نصف الأطفال الذين لديهم تأخر لغوي في سن سنتين من تطوير لغتهم واللحاق بأقرانهم، إلا أن النصف الآخر لن يلحقوا بأقرانهم وسيبقون يعانون من مشكلات اللغة طيلة سنوات المدرسة.

ضعف القراءة المبني على اللغة Language - based Reading Impairment. مشكلة في القراءة ترجع لاضطراب في اللغة. ولا يكتشف اضطراب اللغة هذا حتى يبدأ الطفل بتعلّم القراءة ومواجهة مشكلات فيها. وقد ساعد البحث على قدرات كالوعي الفونولوجي ومعرفة الحروف الأبجدية والكلام النحوي في كشف الأطفال المعرضين لهذا الاضطراب (Justice & Schuele, 2004; Vellutino, Fletcher, Snoling, & Scanlon, 2004). وهناك عدد لا بأس به من الأطفال الذين يظهرون ضعفا في اللغة في الروضة سيواجهون صعوبات واضحة في القراءة في الصف الثاني الأساسي (Catts, Adlof, Hogan, & Ellis Weismer, 2005; Catts, Fey, Zhang, & Tomblin, 2001; Sawyer, 2006). ومع أن الوعي الفونولوجي قد استحوذ على الاهتمام في العقدين الماضيين، فقد أظهرت الأبحاث أن المعرفة البراجماتية والنحوية والدلالية تساعد على التنبؤ بالقراءة للاستيعاب (Catts, et al., 2001; DeThorne, Petrill, Schatschneider, & Cutting, 2010; Muter, Hulme, Snowling, & Stevenson, 2004; Silliman & Scott, 2006)، كما تنبئ بخطورة واضحة على الأطفال الذين لديهم اضطراب في اللغة. وقد اقترحت الدراسات الحديثة أن ضعف القراءة يكون أكبر عندما يتزامن اضطراب اللغة مع اضطراب في النطق (Peterson, Pennington, Shriberg, & Boada, 2009).

اضطرابات اللغة الثانوية Secondary language Disorders:

غالبا ما يتضمن الأدب التربوي الخاص باضطرابات اللغة نقاشا حول طبيعة اضطرابات التواصل التي يعاني منها أفراد يعانون من إعاقات محددة أخرى، كالإعاقات العقلية واضطراب طيف التوحد (e.g., Owens, 2004). وينظر حاليا إلى صعوبة استخدام اللغة في التفاعل الاجتماعي والعلاقات كمشكلة أساسية لاضطرابات عدة.

فعلى سبيل المثال، يمكن أن تتراوح الاضطرابات العاطفية والسلوكية بين التحفُّظ أو الانسحاب وردة الفعل الشديدة والاعتداء (McCabe & Marshall, 2006; Rogers-Adkinson & Griffith, 1999). ويمكن أن يكون لدى الأطفال الصغار الذين يعانون من اضطرابات اللغة صعوبة خاصة في تطوير مهارات التفاعل الاجتماعي لأنهم لا يفسرون الظروف الاجتماعية على نحو صحيح، كما أن لديهم صعوبة في التعبير عن أنفسهم. قدم دوناهو وهارتاس وكول (Donahue, Hartas, and Cold, 1999) مثالا.

في غرفة الصف في روضة، كان هناك بابين متجاورين لغرفتي تواليت (للجنسين)، وعلى كل باب ملصق رياضي بوجه يقطين يكاد يكون مطابقا للآخر. وهناك على أحد الوجهين رموش باهتة تكاد تكون غير مرئية لعين الراشد (بدلا من العيون المثلثة، وعلى هذه اليقطينة مستطيلات مسننة من الأعلى). وخرج ولد لديه اضطراب لغة من غرفة التواليت هذه وذهب إلى طاولته. فاقترب منه تلميذ آخر قائلاً:

لماذ ذهبت إلى تواليت البنات؟ (مشيرا إلى وجه اليقطين)

هاه؟

ذهبت إلى تواليت البنات.

لا-لا. هذه ليست بنات.

نعم إنها (للبنات).

مستحيل-الأولاد يستطيعون أيضا. (رافعا صوته)

نعم. هناك يقطينة بنت عليها.

لكن—لكن...تلك ليست بنت! (استشاط غضبا)

نعم. انظر إلى هذين الرمشين.

لكن---لكن...لا. (تضجر وقفز ودفع الولد الآخر. تدخّل المعلم وأعطى الطفل الذي لديه اضطراب لغة توقيف مؤقت بسبب الشجار. جلس بغضب، يتمتم مع نفسه "ليست بنت!") (ص. 72)

يمكن لاضطراب اللغة أن يحد من التفاعل الاجتماعي بين الفرد وأقرانه. فعلى سبيل المثال، أظهرت دراسة حول استخدام المراهقين لتقنية الهواتف الخلوية أن الطلبة الذين لديهم ضعف لغة محدد يرسلون عددا أقل من الرسائل النصية إلى أصدقائهم مقارنة بأقرانهم الطبيعيين، الأمر الذي أدى إلى فرص أقل لتطوير شبكاتهم الاجتماعية (Conti-Ramsden, Durkin, & Simkin, 2010).

اضطرابات الكلام Speech Disorders:

اضطرابات الكلام ليست متجانسة إلى حد كبير، أي أنه تتواجد بأنواع عديدة ودرجات ومجموعات مختلفة. تشكل اضطرابات الكلام تحديات كبيرة ومتنوعة للقدرات التواصلية لأطفال المدارس.

نقدم هنا وصفا مختصرا للاضطرابات الرئيسة التي تؤثر في كلام الأطفال في سن المدرسة. يقوم أخصائي النطق واللغة، وليس معلم الصف، بعلاج معظم اضطرابات الكلام. ومع ذلك، يتوقع من معلم الصف العادي ومعلم التربية الخاصة أن يتعاونا مع أخصائيي النطق واللغة في التقييم والعلاج.

الاضطرابات الفونولوجية Phonological Disorders:

تظهر اضطرابات الفونولوجيا عند الأطفال دون سن التاسعة. ولا تتضمن هذه الاضطرابات عدم قدرة الأطفال الطبيعيين على نطق الكلمات على نحو صحيح. وغالبا ما يكون سبب هذه الاضطرابات غير معروف، ولكن لسبب ما، لا يفهم الأطفال الذين لديهم اضطرابات فونولوجية قواعد إنتاج الأصوات في لغتهم. ويختلف إنتاجهم للأصوات عمن هم في سنهم وعن التوقعات الاجتماعية. ويبدو أن هؤلاء الأطفال لا يفهمون آلية تمييز ونطق الفونيمات أو أصوات اللغة لتشكيل كلمات مفهومة. يظهر هذا الاضطراب عند 5-4 أطفال من بين كل 100 طفل، وهو أكثر شيوعا عند الأولاد منه

يصعب أدراك الفرق بين اضطرابات الفونولوجيا واضطرابات النطق (Owens et al., 2007). ببساطة الأطفال الذين لديهم اضطرابات نطق يواجهون صعوبة في نطق الأصوات على نحو صحيح. وفي المقابل، يبدو أن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات فونولوجية لديهم تمثيل إدراكي ضعيف لأصوات اللغة. فقد لا يفهمون الاختلافات بين الأصوات أو التمييز بينها، الأمر الذي يؤدي إلى مشكلات في طريقة إنتاج الأصوات. فمثلا، الأطفال الذين لا يوجد لديهم تمثيل ذهني للصوامت في نهايات الكلمات ينطقون با بدلا من باب و بو بدلا من بوت.

الفونولوجيا أساسية للقراءة والكتابة، حيث يتطلب تعلم القراءة فهما لمبدأ الأبجدية-أي أن الحروف تمثل الأصوات بانتظام، وأنه يمكن مزج هذه الأصوات معا لتشكيل كلمات (Lane & Pullen, 2004). الوعي الفونولوجي هو فهم بنية النظام الصوتي للغة، ويتضمن القدرة على جمع الأصوات في كلمات وتحليل الكلمات إلى الأصوات التي تتكون منها أو، بصورة أخرى، التحكم في

أصوات اللغة المنطوقة. ولا يستطيع الطلبة تطوير حس بمبدأ الأبجدية إذا لم يكن لديهم وعي فونولوجي، مما يؤدي إلى عدم القدرة على فك تشفير الكلمات. يفتقر بعض الأطفال الذين لديهم اضطرابات فونولوجية، وليس جميعهم، إلى الوعي الفونولوجي. كما أن بعضهم لديه مشكلة خطيرة في الذاكرة السمعية القريبة (تذكر ما قيل أو ما يودون قوله) أو تعلّم الكلمات أو استرجاعها. يُعد وجود عجز في الذاكرة السمعية القريبة أو استرجاع الكلمات اضطرابا في المعالجة الفونولوجية. ويؤثر هذا الاضطراب في النظام الفونولوجي للغة على إنتاج الأصوات الكلامية، وغالبا ما يؤثر في القراءة والكتابة أيضا.

اضطرابات النطق Articulation Disorders:

تتضمن اضطرابات النطق أخطاء في نطق الأصوات. ولا تكون أخطاء النطق انعكاسا لمشكلة فونولوجية، ولكنها اضطراب يقوم فيه الفرد بإضافة صوت أو حذف صوت كلامي أو استبداله أو تشويهه. فاللثغة، مثلا، تتضمن استبدال صوت /س/ أو تشويهه (مثال: thunthine or shunshine بدلا من sunshine). فالأصوات المحذوفة أو المستبدلة أو المضافة أو المشوهة في الكلمة يمكن أن تجعل المتكلم صعب الفهم أو حتى غير مفهوم. كما يترتب على هذه الأخطاء عقوبات اجتماعية كبيره وتعرضه للإغاظة والتسخيف.

متى تُعد الأخطاء النطقية اضطرابا؟ يعود ذلك إلى تقدير أخصائي النطق واللغة، ويتأثر الحكم في خبرة الأخصائي وعدد الأخطاء ونوعها وثباتها والعمر والسمات التطورية للمتكلم ووضوح كلامه (انظر Bernthal & Bankson, 2004).

يخطئ الأطفال الصغار في أصوات كثيرة في كلامهم أثناء تعلّمهم الكلام. وهناك كثير من الأطفال الذين لا يتعلمون نطق جميع الأصوات على نحو صحيح حتى سن الثامنة أو التاسعة. إضافة إلى ذلك، يقع الأطفال في أخطاء نطقية كثيرة حتى بعد دخولهم المدرسة. وعليه، يُعد عمر الطفل عاملا أساسيا في الحكم على كفاءة النطق. وهناك عامل آخر مهم هو المجتمع اللغوي للطفل، لأن الأطفال يتعلمون الكلام إلى حد كبير من خلال التقليد. فمثلا، الطفل الذي ينشأ في أقصى الجنوب، يمكن أن تكون أصوات الكلام لديه غريبة للمقيمين في لونغ آيلاند، ولكن ذلك لا يعني أن لدى هذا الطفل اضطراب في الكلام. تذكر أن هناك اختلافات لا تكون اضطرابات.

يمكن أن تنجم اضطرابات النطق عن عامل بيولوجي. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يؤدي تلف الدماغ أو تلف الأعصاب التي تتحكم في العضلات المستخدمة في الكلام إلى صعوبة نطق الأصوات أو استحالتها (Bernthal & Bankson, 1998; Cannito, Yorkston, & Beukelman, 1998). تكون نسبة انتشار اضطرابات النطق أكبر بين الأطفال الذين لديهم إعاقات أخرى كالإعاقة العقلية والاضطرابات العصبية مثل الشلل الدماغي من نسبة انتشارها عند عامة السكان. ويمكن أن تجعل التشوهات الخلقية في أعضاء الكلام كما في حالة انشقاق الحلق الكلام الطبيعي صعبا أو مستحيلا. ويمكن أن تؤدي التغيرات البنيوية البسيطة نسبيا مثل فقدان أحد الأسنان إلى أخطاء نطقية مؤقتة. كما ينجم النطق المشوه عن فقدان السمع.

تجري معظم المدارس مسحا لجميع الطلبة الجدد لكشف مشكلات الكلام واللغة، وفي معظم الحالات، يُحوَّل طفل الصف الثالث أو الرابع الأساسي الذي ينتج أخطاء نطقية كثيرة للتقييم. أما الأطفال الأكبر سنا والراشدين فيطلبون المساعدة بأنفسهم أحيانا عندما يلفت كلامهم الانتباه السلبي. يعتمد قرار إلحاق طفل بالعلاج النطقي من عدمه على عوامل عدة، بما فيها عمر الطفل والسمات التطورية وتقييم الأخصائي لاحتمالية تصحيح الطفل لأخطائه ذاتيا والتبعات الاجتماعية كالاستفزاز والخجل التي يتعرض لها. فإذا ما أخطأ الطفل في نطق أصوات قليلة على نحو ثابت وكان يعاني من الحرج الاجتماعي أو الرفض نتيجة لهذه الأخطاء فعادة ما يكون العلاج مطلوبا.

اضطرابات الصوت Voice Disorders:

يتم إدراك أصوات الناس كطبقة صوت وعلو ونوعية. فالتغيرات في طبقة الصوت وعلوه يشكلان جزء من أنماط النبر في الكلام. أما نوعية الصوت فلا ترتبط بإنتاج الأصوات الكلامية فحسب، بل بالجوانب غير اللغوية أيضا. اضطرابات الصوت، وبالرغم من صعوبة تعريفها بدقة، هي خصائص الطبقة والعلو و/أو النوعية التي تكون مسيئة للحنجرة وتعيق التواصل أو تبدو مختلفة جدا عما هو مألوف لشخص في عمر معين وجنس وثقافة محددة (Robinson & Crowe, 2001).

تنجم اضطرابات الصوت عن أسباب متنوعة يمكن تصنيفها في ثلاث مجموعات هي اضطرابات الصوت الوظيفية والعضوية والعصبية (Anderson & Shames, 2006). وتُعد الاضطرابات الناجمة عن إيذاء الحنجرة أو إساءة استخدامها (مثال: رض الحنجرة) اضطرابات وظيفية. أما الحالة الجسمية التي تتضمن وجود نمو في الحنجرة (مثال: حبيبات، أورام، أو خلايا سرطانية) يؤثر في تركيب الحنجرة أو وظيفتها فتُعد اضطرابات عضوية. أما الاضطرابات الناجمة عن خلل في عمل الأعصاب فتُعد اضطرابات عصبية.

إن الاستخدام الخاطئ أو المسيء للصوت يمكن أن يؤدي مؤقتا إلى نوعية صوت غير طبيعية. فعلى سبيل المثال، يصيب قادة الفرق الموسيقية في المدارس الثانوية اضطرابات صوت مؤقتة نظرا لتشكل الحبيبات (أنسجة لينة) على الأوتار الصوتية (Campell, Reich, Klockars, & MchHenry, 1988). كما يمكن أن تنجم المشكلة نفسها نتيجة لصراخ الطفل. وربما يتعرض لمشكلات الصوت المعلمون والآخرون الذين يستخدمون صوتا مرتفعا جدا للتعبير عن معتقداتهم العاطفية أو الذين يتكلمون في ضجيج مرتفع أو في غرفة رديئة التجهيزات الصوتية.

يمكن أن تؤدي الاضطرابات الناجمة عن الاستخدام الخاطئ أو المسيء للصوت إلى تلف في أنسجة الحنجرة، وكذلك يفعل التدخين أو استنشاق مكونات تؤذي الأوتار الصوتية. وفي بعض الأحيان يؤدي وجود مشكلات نفسية لدى الشخص إلى فقدان كامل للصوت (aphonia) أو إلى اختلال شديد في الصوت.

يمكن أن تنجم اضطرابات الصوت المتعلقة بالرنين-نوعية الصوت- عن تشوهات خلقية في تجويف الفم (مثال: انشقاق الحلق) أو تلف في الدماغ أو الأعصاب التي تتحكم في تجويف الفم. كما

يمكن أن تؤثر التهابات اللوزتين أو اللحميات أو الجيوب الأنفية في الخصائص الرنينية للصوت. كما يواجه معظم الأفراد الذين لديهم ضعف في السمع مشكلات في إنتاج صوت طبيعي أو مقبول. أخيرا، يمكن أن لا يكون الشخص قد تعلّم الكلام بصوت مناسب. ولا توجد أسباب بيولوجية أو نفسية لهذه المشكلة، بل تبدو في الواقع عادات متعلمة خاطئة لوضعية أعضاء الكلام.

على المعلمين مراقبة الأطفال لكشف الأعراض الشائعة لاضطرابات الصوت، كالبحة وفقدان الصوت، وخروج الهواء المسموع، وطبقة الصوت الغريبة (عالية جداً أو منخفضة جداً)، أو صوت مرتفع أو منخفض. ويجب على المعلم الذي يلاحظ مشكلات محتملة أن يطلب من أخصائي النطق واللغة إجراء تقييم. وعلى المعلمين مراقبة أصواتهم الخاصة لملاحظة أي مؤشرات للتوتر.

اضطرابات الطلاقة Fluency Disorders:

يتصف الكلام الطبيعي ببعض الانقطاع في تدفق الكلام. ويمكننا توقع ظهور عدم الطلاقة الطبيعية، وبخاصة عندما يكون الطفل في مرحلة تعلّم الكلام. وهذا التردد والانقطاع وهذه التكرارات في تدفق الكلام الطبيعي هي في مجموعها أجزاء طبيعية من عملية تعلّم استخدام اللغة. فجميعنا يضع أصوات الكلام في المكان الخطأ أحيانا (مثال: revalent for relevant)، أو نتكلم بسرعة وعلى نحو غير مفهوم، ونتوقف في مكان غير مناسب في الجملة، ونستخدم أنماط نبر غير مناسبة، أو نصبح غير طلقين، أي نتعثر ونتراجع مكررين الكلمات أو العبارات، ونملأ الوقوف بـ آه بينما نحاول التفكير في كيفية إنهاء ما يجب علينا قوله. يُعد الأمر اضطرابا فقط عندما يكون المتكلم متوتراً والانقطاع في تدفق الكلام كثيرا أو متفشيا لدرجة تؤثر في الفهم أو تستدعي انتباه غير عادي. كما أن لدى المستمعين درجة تحمُّل أكبر لبعض الأنواع من عدم الطلاقة من تحملهم لأنواع أخرى. فمعظمنا أكثر استعداداً لقبول الانقطاع في تدفق الكلام عندما نعتقد أن تصحيح المتكلم لما صدر عنه أمر ضروري أو أنه توقف ليخطط لما سيقوله وليس انقطاعا يعكس عدم قدرة المتكلم على الاستمرار في نطق ما يريد قوله (Robinson & Crowe, 2001).

التأتأة أكثر اضطرابات عدم الطلاقة شيوعا. تختلف التأتأة عن عدم الطلاقة الطبيعية في معدل ظهورها وطبيعتها. فمعدل ظهور عدم الطلاقة أكبر عند الأطفال الذين لديهم تأتأة منه عند الأطفال الذين ليس لديهم تأتأة. وتتضمن عدم الطلاقة تكرار جزء من الكلمة (أنا سا سا سافرت...) وإطالة الصوت (إحنا فففففززنا) أو انحباس الصوت (اسمي كـ_____مال). ويرتبط بالتأتأة أيضا سلوكات ثانوية يقصد منها تجنب عدم الطلاقة أو التخلص منها مثل الإشارات وهز الرأس ورمش العيون. كما تتضمن أيضا مشاعر سلبية لدى من يتأتئ تجاه التواصل.

التأتأة اضطراب شائع، فهناك ما يقرب من 1% من الأطفال والكبار متأتئين. يتجاوز أطفال كثيرون عدم الطلاقة في طفولتهم. فهؤلاء الأطفال ينتجون عدم طلاقة منتظمة وغير متوترة، ويبدو أنهم غير مدركين لترددهم ولديهم والدين ومعلمين غير قلقين من طريقة كلامهم. أما الذين يتأتئون لمدة تزيد عن سنة ونصف أو سنتين فإنهم على ما يبدو معرضون لأن يصبحوا متأتئين مزمنين (Con-ture, 2001).

ويجب أن يُجري أخصائي النطق واللغة تقييماً للطفل الذي يعتقد أنه يتأتئ. فالتشخيص المبكر مهم لتجنب تطور الأمر إلى تأتأة مزمنة. ولسوء الحظ، لا يحوّل كثير من المربين والأطباء الأطفال الذين يعتقد أن لديهم تأتأة لإجراء تقييم دقيق لهم، لاعتقادهم أن عدم الطلاقة جزء طبيعي من تطور الكلام واللغة. وهناك عدم إجماع بين الخبراء حول الوقت الأمثل والطريقة المثلى للتشخيص والتدخل المبكر (Onslow, Packman, & Payne, 2007). فالتأتأة المستمرة التي تبقى بلا علاج تؤدي إلى اضطراب مدى الحياة يؤثر في قدرة الفرد على التواصل وتطوير مشاعر إيجابية تجاه نفسه، كما تؤثر في متابعة الفرد للتعليم وفرص التوظيف (Conture, 2001).

اضطرابات الكلام الحركية Motor-Speech Disorders:

هناك تحكم إرادي في العضلات التي تجعل الكلام ممكنا. وعندما يحدث تلف لمناطق في الدماغ تتحكم في هذه العضلات أو للأعصاب المتصلة بها، تختل القدرة على الكلام الطبيعي. وقد تتضمن هذه الاضطرابات التحكم في أصوات الكلام (الديسآرثريا :عسر الكلام) أو التخطيط والتنسيق للكلام (أبراكسيا: العَمَهُ الكلامي). والديسآرثريا والأبراكسيا تؤثران على إنتاج الكلام وتجعلانه بطيئا وتحدان من وضوحه (Owens, et al., 2000). تذكّر أيضا أن الديسآرثريا أو الأبراكسيا لا يمنع وجود أحدهما الآخر، أي أنه يمكن أن يكون لدى الفرد المشكلتين معا. وحيث إن هذه الاضطرابات تنجم عن مشكلة عصبية، فقد أطلق عليها اضطرابات الكلام العصبية. يقيّم أخصائي النطق واللغة قدرة الفرد الذي لديه اضطراب كلام حركي أو اضطراب كلام عصبي على التحكم في التنفس وإنتاج الصوت (في الحنجرة) والرنين والنطق عن طريق الاستماع لكلامه وفحص أعضاء النطق. ويجب أن يقوم أطباء وجراحون وأخصائيون في التأهيل وعلاج الاضطرابات العصبية بتقييم الشخص الذي يعاني من هذه المشكلة ووضع الخطط العلاجية له. وفي الحالة التي يؤدي فيها الاضطراب العصبي إلى جعل كلام الفرد غير مفهوم، قد يتطلب الأمر توفير نظام تواصل معزز أو بديل.

الديسآرثريا. صعوبات في الكلام قد تظهر نتيجة لعدم قدرة الفرد على التحكم بدقة في العضلات التي تنظم التنفس وعمل الحنجرة واللسان والفك و/أو الشفتين. وقد تتأثر القدرات الإدراكية الحسية والمعرفية تبعا لطبيعة إصابة الدماغ، وقد يكون لدى الفرد اضطراب لغة إضافة إلى اضطراب الكلام.

وتتصف الديسآرثريا بالكلام البطيء والـمُجْهَد المتداخل غير الدقيق. ويتأثر، نتيجة لإصابة الدماغ، الدعم التنفسي لإنتاج الكلام، وقد يتصف كلامه بالتنفس الضحل (استنشاق كمية قليلة من

الهواء) ووجود بحة وانخفاض في الصوت. وقد لا يكون الشخص قادرا على إنتاج الأصوات بدقة نظرا لضعف العضلات.

الأبراكسيا. تتصف الأبراكسيا بانقطاع في التخطيط الحركي والبرمجة، الأمر الذي يجعل الكلام بطيئا ومجهدا وغيز ثابت. وقد يدرك الشخص الذي يعاني من هذا الاضطراب أن يقع في أخطاء ويحاول تصحيحها ولكن محاولات التصحيح تجعل من الصعب فهم ما يود قوله. قدم أوينز وزملاؤه (Owens, et al., 2000) المثال التالي لكلام شخص يعاني من الأبراكسيا:

> O–o–on...on...oncavation, cavation, cacation...oh darn...vavation, of, you know, to Ca–ca–caciporenia...no, Lacifacnia, vafacnia to Lacifacnion... On vacation to Va–cafornia, no darn it...to Ca-caliborneo... not bornia... fornia, Bornfifornia...no, Balliforneo, Ballifornee, Balifornee, Californee, Cal-ifornia, Phew, it was hard to say Cacaforneo. Oh darn. (p. 416)

الأبراكسيا التطورية هي اضطراب للتخطيط الحركي يظهر مع تطور مهارات الكلام واللغة لدى الطفل. يُظهر الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب تأخراً واضحاً في القدرة على إنتاج أصوات الكلام وترتيب الأصوات في كلمات لتحقيق تواصل فعّال. الأبراكسيا المكتسبة لها أعراض مشابهة، ولكنها تظهر نتيجة لجلطة دماغية أو نوع آخر من إصابات الدماغ بعد تعلُّم الكلام. وغالبا ما يعرف الشخص الذي يعاني من الأبراكسيا بأنه يرتكب أخطاء ويود تصحيحها، كما يعرف بأنه يريد أن يتواصل، ولكنه ببساطة لا يستطيع فعل ذلك. وعليه، فإن الأبراكسيا اضطراب محبط للمتكلم في العادة.

الإعتبارات التربوية Educational Considerations:

يتزايد دمج الأطفال الذين يعانون من أنواع مختلفة من الإعاقات في صفوف التعليم العام. وهذا يعني أن على جميع المعلمين معرفة كيفية التعامل مع مشكلات اللغة في غرفة الصف (Owens, 2004; Throneburg, Calvert, Sturm, Paramboukas, & Paul, 200). إن مساعدة الأطفال تجاوز اضطرابات النطق واللغة ليست مسؤولية أي أخصائي بمفرده، فكشفها، بالأحرى، مسؤولية مشتركة بين معلم الفصل وأخصائي النطق واللغة والوالدين. فالمعلم يمكن أن ينفذ اقتراحات محددة لحالات فردية. فبالاستماع بحرص وتعاطف عندما يتكلم الأطفال، وبتقديم نماذج كلامية ولغوية مناسبة للأطفال لتقليدها وتشجيعهم على استخدام مهارات تواصلهم على نحو مناسب، لا يمكن لمعلم الفصل المساعدة في تحسين الكلام واللغة فحسب، بل يساهم أيضاً في منع بعض الاضطرابات من التطور في المقام الأول.

تسهيل الاستخدام الاجتماعي للغة:

عند النظر في تطور اللغة، فإن الدور الأساسي لمعلم الفصل هو تسهيل الاستخدام الاجتماعي للغة. إن حقيقة وجود اضطراب نطق أو لغة لدى الطالب لا تعني بالضرورة وجوب تكثيف المعلم أو

الأخصائي الجهود لتعليم الطالب الجوانب البنيوية والدلالية للغة، بل يجب تعليم اللغة كوسيلة لحل المشكلات من خلال التعبير عن أنفسنا بوضوح واستيعاب ما يقوله الآخرون.

يقدم الفصل المدرسي احتمالات عديدة لتعلم اللغة. ويجب أن يكون مكاناً تتوافر فيه باستمرار الفرص للطلبة والمعلمين لتوظيف اللغة والحصول على تغذية راجعة ضمن علاقات بناءة. واللغة هي الوسط الأساسي الذي يحدث من خلاله معظم التعلم الأكاديمي والاجتماعي في المدرسة. ومع ذلك، غالبا ما تكون اللغة في المدرسة، والفصل وفي الكتب المقررة، مشكلة للطلبة والمعلمين. يقدم عرض "التعليم المتجاوب" خطة لتعزيز أحد الجوانب الاجتماعية للغة هو "الروايات الشخصية" للطلبة الذين يستخدمون التواصل المعزز أو البديل.

التدريس الفعّال Responsive Instruction

تلبية احتياجات الطلبة ذوي اضطرابات التواصل

تعزيز الروايات الشخصية للطلبة الذين يستخدمون أنظمة التواصل المساندة والبديلة

ماذا تقول الأبحاث

يواجه كثير من الطلبة الذين يستخدمون التواصل المعزز والبديل صعوبة في خلق روايات شخصية (Soto, Soloman-Rice, Caputo, 2009). يمكن أن تلعب الروايات الشخصية، قصص حول أفكار أو أحداث تعرض لها الفرد أو يفكر فيها، دورا مهما في تشكيل فهم الأطفال الصغار للعالم المحيط بهم وارتباطهم بالآخرين (Nelson, 1993). فمن خلال الروايات الشخصية، ينظم الأطفال الأحداث ويتذكرونها، ويضفون عليها أهمية، ويشارك الآخرين المعلومات. وهكذا، تتولد الخبرة المشتركة، وتثبت قيم الكبار التي تشكّل فهمهم للأحداث. وقد يكون الأطفال الذين يستخدمون وسائل التواصل المعززة والبديلة مقيدين في سردهم للروايات الشخصية نظرا لقيود وسائل التواصل المعززة والبديلة أو الدعم المستخدم، وقلة الخبرة لديهم في إبداع الروايات (Soto, Soloman-Rice, Caputo, 2009).

دراسة بحثية

أراد سوتو وزملاؤه (2009) التحقق من آثار تعليم بناء الرواية الشخصية للطلبة الذين يستخدمون وسائل التواصل المعززة والبديلة على تنظيم وتطور رواياتهم. وقد شارك في الدراسة ثلاثة أطفال في سن المرحلة الابتدائية. وكان لدى اثنين من المشاركين شلل دماغي ويستخدمان جهازي تواصل متعددة الوسائط (Vantage IITM). أما المشارك الثالث فقد كان لديه أبراكسيا كلامية حادة ويستخدم وسائط مختلفة للتواصل بما في ذلك الأصوات، واستخدام لغة الإشارة الإنجليزية (Signing Exact English (SEE والإشارات (Gustason & Zawolkow, 1993) ونظام التواصل عن طريق الصور، وجهاز التواصل 84-location Vantage IITM.

وفيما يتعلق بالعلاج، فقد عمل ثلاثة معالجين مختلفين فرديا مع الطلبة لمدة تزيد عن ستة أشهر بمعدل جلستين أسبوعيا، ساعة لكل جلسة. وتضمنت كل جلسة علاجية نشاطين اثنين: أ. وصف صورة شخصية و ب. وصف المشاعر العاطفية. وفي كل نشاط، عرض المعالج على الطالب صورة إما لحدث شخصي كعيد الميلاد أو عطلة (للنشاط الصورة الشخصية) أو الطفل وهو يبدي حالة عاطفية كأن يكون سعيدا أو حزينا أو

غاضبا (لنشاط الأحداث العاطفية). وقد سأل المعالج الطالب إن كان يتذكر ذلك الحدث أو إن كان يستطيع وصف كيف يشعر الطفل في الصورة. ثم استخدم المعالج استراتيجيات متنوعة لتطوير الإجابة وتعزيزها. وقد تضمن ذلك توجيه أسئلة مفتوحة وأسئلة إكمال الجمل، والخيارات الثنائية، واستراتيجية استخدام المفردات كنموذج، بما في ذلك المفردات الجديدة، وأنواع الكلمات، ورسم تصور مرئي للقصة. وقد كتب المعالج الرواية على ورقة كبيرة مرئية للطالب وطلب منه أن يراجعها ويجري عليها التعديلات الضرورية.

نتائج البحث

استخدم سوتو وزملاؤه أدوات مختلفة لتقييم الروايات التي قدمها المشاركون. وقد تم تشفير كل رواية فيما يتعلق بعناصر الخطاب (مثل: الالتزام بالموضوع، تسلسل الأحداث، الوضوح، المرجعية، أدوات الربط، والتماسك، والطلاقة) والتعقيد اللغوي (مثل: عدد الكلمات المختلفة والمجموع الكلي للكلمات) وعدد الجمل والعناصر النحوية وتعقيد القصة (مثل: تحديد الشخصيات، الحالة العاطفية للشخصيات، الضبط، بدء الحدث، والحل).

لقد تحسن المشاركون الثلاثة على نحو عام في التنظيم والقدرة على إضافة التفاصيل الوصفية واستخدام التعقيد اللغوي كعدد الجمل المستخدمة والقدرة على بناء رواية بمستوى متطور وسردها.

تطبيق البحث في التعليم

تبين أن هناك أربعة عناصر تدعم الرواية هي:

1. التفاعل المشترك أثناء تطوير السرد بما في ذلك استخدام الأسئلة المفتوحة والتوجيه اللفظي، والخيارات الثنائية، والبناء التدريجي، وتقديم النماذج.
2. استخدام الإرشادات البصرية كخارطة القصة وعمل سجل مكتوب لها.
3. استراتيجيات ربط الحالة العاطفية بالحدث، حيث أظهرت الدراسات ميل الأطفال لتذكر الأحداث المرتبطة بخبرة عاطفية.
4. تكرار الفرص للمشاركة في تطوير الرواية الشخصية.

يمكن للمعلمين دمج هذه العناصر في التعليم الموجه لتعليم ودعم تطور الروايات عند الطلبة ذوي اضطرابات التواصل.

تُعد لغة المدرسة ذات طابع رسمي أكبر من اللغة التي يستخدمها كثير من الأطفال في البيت ومع الرفاق. فهي حوار منظم يجب أن يتصف فيه المتكلمون والمستمعون أو القراء والكتاب بالوضوح والقدرة على التعبير لإيصال المعلومات الأساسية وتفسيرها بسرعة وبسهولة. وإذا لم يمتلك الطفل المهارة في استخدام لغة المدرسة، فمن المؤكد أنه سيفشل أكاديمياً واجتماعياً، وسيكون أيضاً غير ناجح من الناحية العملية.

يحتاج المعلمون إلى المساعدة من أخصائيي النطق واللغة لتقييم اضطرابات اللغة لدى طلبتهم وتقديم العلاج لهم. ستشكل التفاصيل حول كيفية عمل أخصائيي النطق واللغة لتلبية احتياجات الطلبة الذين لديهم اضطرابات تواصل مضمون العرض "اجعلها تنجح". يجب أن يختبر جزء من خطة التقييم والعلاج لغة المعلم، حيث تتضمن مشكلات الحوار في الفصل كيفية تحدث المعلمين إلى طلبتهم بالإضافة إلى كيفية استخدام الطلبة للغة. إن تعلّم كيف تكون واضحاً وملتزما بالموضوع، وذو معلومات

غنية وكيف تشد انتباه المستمعين هي مشكلات ليست لدى الطلبة فحسب، بل لدى معلميهم أيضا. يقدم عرض "المنظور الشخصي" في الصفحة 284 إرشادات عامة لكيفية تحدث المعلمين مع الطلبة.

استراتيجيات طرح الأسئلة:

يمثل طرح الأسئلة مثالا على دور لغة المعلم في الحوار الصفي. فغالبا ما يوجه المعلمون أسئلة كثيرة في الجوانب التي تم اكتشاف الضعف فيها، الأمر الذي يؤدي من غير قصد إلى تقليص استخدام الطلبة للغة التعبيرية. فعلى سبيل المثال، ربما يسأل معلم طفلا في مرحلة ما قبل المدرسة لا يعرف الألوان أن يتعرف على الألوان باستمرار. وقد يستخدم معلم أسئلة نعم/لا بكثرة (مثال: "هل هذا أزرق؟" "هل أنهيت؟")، الأمر الذي يقلص مشاركة الطفل في الحوارات المطوّلة أو الأحاديث التحفيزية. ولسوء الحظ، قد لا يعرف المعلمون كيف يعدّلون أسئلتهم لتعليم المفاهيم بفاعلية، الأمر الذي يجعل هذه الأسئلة تزيد من الالتباس لدى الأطفال.

يمكن للمعلمين استخدام استراتيجيات طرح أسئلة بديلة لمساعدة الطلبة على التفكير في حل المشكلات بنجاح. وعندما يفشل الطلبة في الإجابة عن الأسئلة ذات المستوى الأعلى لأنها تتجاوز مستوى معلوماتهم أو مهارتهم، يجب على المعلم إعادة صياغة المشكلة بمستوى أسهل. وعندما يتمكن الطلبة من حل الخطوات المتوسطة، يمكن للمعلم العودة إلى السؤال الذي كان صعبا في البداية.

التعاون والمشاركة في التدريس مع أخصائيي النطق واللغة

أجيبيني يا أماندا. ماذا؟ هل خطفت القطة لسانك؟ يمكن اعتبار سوء الفهم البسيط أثناء النقاش والتردد في إجابة سؤال عليهم الإجابة عليه وعدم القدرة على تفسير الاتجاهات مشكلات قد يواجهها جميع الطلبة الذين لديهم اضطرابات تواصل. ويمكن أن يفسر المعلم في الفصل العام هذه المظاهر على نحو خاطئ. فالتأخر اللغوي هو الخيط الذي يدخل في إعاقات عديدة، وليس فقط اضطرابات التواصل (B. Lubker, personal communication). ولهذه الأسباب، فإن التعاون بين أخصائي النطق واللغة أو معالج اللغة مهم للطلبة الذين لديهم اضطرابات تواصل ومعلميهم.

ماذا يعني أن تكون معلما لطالب لديه اضطرابات تواصل؟

تُعد الجمعية الأمريكية للنطق واللغة والسمع (الآشا) المنظمة المهنية التي تشرف على ترخيص أخصائيي النطق واللغة. ويتطلب منح شهادة الكفاءة الإكلينيكية الحصول على درجة الماجستير أو الدكتوراه. كما يتطلب منح الشهادة دراسة مساقات في العلوم الأساسية ومساقات متخصصة، و 375 ساعة عملية مشاهدة/ممارسة بإشراف، وسنة زمالة إكلينيكية، واجتياز الامتحان الوطني.

من وجهة نظر ماكورميك ولوب وشيفبخ، (McCormick, Loeb, and Schiefelbusch, 1997) تتلخص مسؤوليات أخصائي النطق واللغة أو معالج اللغة تجاه المعلم العام فيما يلي:

1. توفير معلومات حول التأخر والاضطرابات في الكلام أو اللغة أو التواصل.
2. جمع المعلومات حول جوانب القوة والحاجات العلاجية المتعلقة بالكلام واللغة والتواصل وذلك لرفع المشاركة في الفصل وفي بيئة المدرسة إلى أقصى درجة ممكنة.
3. تفسير نتائج التقييم للآخرين والمساعدة في تطوير الأهداف العلاجية والتخطيط للنشاطات

واختيار الطرق والوسائل المناسبة.

4. التعليم المباشر لمهارات كلامية ولغوية وتواصلية محددة للأفراد والمجموعات.

5. التوضيح للآخرين وتعليمهم ومساعدتهم على تطبيق الإجراءات العلاجية.

6. العمل بالتعاون مع الآخرين على زيادة مشاركة الطلبة في نشاطات مناسبة لأعمارهم وفي بيئات طبيعية. (ص. 167)

أسفر التجريبات ناجحة للتعاون

تعمل كاثلين رايت أخصائية نطق ولغة في عدة مدارس ابتدائية. لقد عملت كاثلين مع كثير من معلمي التعليم العام، ونظراً لكونها معلمة متجولة، فإن عليها أن تعمل بجد في وضع برنامج يتيح لها مشاركة فعالة في التعليم الصفي، وفي يلي أحد أمثلة تعاونها الناجحة:

عملت مع الصف الثاني الابتدائي مرتين أسبوعيا أثناء درس فنون الخط ولمدة 45-30 دقيقة كل مرة. وكان المعلم يعرف الأيام التي سأحضر فيها، كما أنه خطط لبعض الأنشطة التي يمكن الاستفادة منها من وجود شخص راشد آخر للمساعدة. وأثناء الجلسة، كنت أقود نشاطا رئيساً وأساعد المجموعات في المشاريع الجماعية أو أعمل على نحو فردي مع الطلبة. وقدمت خدمات النطق لثلاثة طلبة في الفصل، أحدهم كان لديه على نحو رئيس مشكلة نطقية تؤثر في مهارات القراءة، وطالب آخر كان لديه توحد ويعاني من مشكلات لغوية واجتماعية، والطفل الثالث لديه تأخر في اللغة.

وأثناء درس فنون الخط، تمكنت من تلبية الحاجات الفردية للطلبة الثلاثة، وقبل ذلك عرفت كيف تؤثر مشكلة النطق واللغة لديهم في أدائهم في فصل التعليم العام. فقد كانت مراقبة الطالب الذي يعاني من مشكلات نطقية لنفسه أفضل عندما أكون حاضرة في الفصل. كما تمكنت من العمل مع الآخرين الذين لم يتم تشخيص اضطرابات نطق ولغة لديهم، ولكنهم يحتاجون مساعدة إضافية وأساليب مختلفة في التدريس.

استطاعت المعلمة المتعاونة أيضا مشاهدة تفاعلي مع الطلبة واستخدام بعضا من الاستراتيجيات التي استخدمتها أثناء غيابي.

فوائد التعاون

- ازدادت شهرتي بين الطلبة وفي المدرسة، كما شاهدت انجازات الطلبة الذين لديهم اضطرابات تواصل والذين ليس لديهم اضطرابات في الفصل.
- إنها طريقة أفضل لتقييم المهارات في بيئة طبيعية.
- تعلمت المزيد حول توقعات الفصول المدرسية وحول المنهاج واستطيع الإفادة من تعليم المهارات في جلسات أخصائي النطق واللغة الفردية.

سلبيات التعاون

- في بعض الجلسات الصفية، تمت معاملتي كمساعدة ولم يتم استغلال مهاراتي لفائدة التعليم.
- اكتشفت أن علي بناء علاقات طيبة مع المعلم في التعليم لكي يتعاون.

أحيانا لا يعبر المعلمون بوضوح عن نيتهم توجيه الأسئلة للطلبة أو يفشلون في تحديد موضوع أسئلتهم على نحو مباشر. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يسأل معلم "ماذا ستخبرني؟" (لم أكن واضحا حول نيتي) أو "كيف تشعر في الفترة الأخيرة؟" (طرح سؤال عام جدا أو غير محدد على نحو كاف). ونتيجة لذلك، يصبح الطلبة مشوشين. يجب، في ظل هذه الظروف، أن يتعلم المعلمون توضيح المشكلة. ويجب أن يعطي المعلمون تغذية راجعة واضحة بخصوص إجابات الطلبة عن الأسئلة. ففي كثير من الأحيان لا يخبر المعلمون الطلبة بوضوح أن إجاباتهم خاطئة، خوفا من أن يبدو ذلك عدم

تقبُّل لهم. إن غياب التغذية الراجعة الواضحة والدقيقة يحرم الطلبة من تعلم المفاهيم المستخدمة في التعليم. ما نهدف إليه هنا ما يلي:

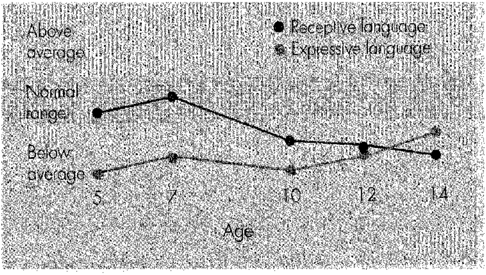
- لا يقتصر دور المعلم على تدريس الطلبة حول اللغة فحسب، بل تعليمهم كيف يستخدمونها أيضا. وبصيغة أكثر تحديداً، يجب أن يساعد المعلم الطلبة على تعلم كيفية استخدام اللغة في سياق غرفة الصف.
- إن استخدام المعلم للغة عامل حاسم في مساعدة الطلبة التعلم بفاعلية، وبخاصة إذا كان لدى الطلبة اضطرابات لغة.

يحتاج المعلمون أن يتذكروا أيضا أن اضطرابات اللغة يمكن أن يتغيّر مع تطور الطفل. فوجود لغة تعبيرية أو استقبالية مناسبة لعمره في مرحلة معينة لا يعني أنها ستبقى ضمن المعدل الطبيعي في مرحلة لاحقة. يصور الشكل 1-7 التغيرات التي طرأت مع تقدم عمر تروي، الطفل الذي تظهر مشكلاته اللغوية في مراحل عمرية مختلفة (Plante & Beeson, 2004). يمكن أن يغير علاج اللغة طبيعة القدرات اللغوية للطفل ومسارها، إلا أنه ومع العلاج يمكن أن يكون لدى الطفل مشكلات لغة مستعصية. لاحظ أن تروي، الذي تلقى خدمات النطق واللغة، لم يصل إلى قدرات لغوية تعبيريه قريبة من المستوى الطبيعي حتى عمر 14 سنة، وعندها فقط تخطى مستوى لغته التعبيرية لغته الاستقبالية.

اقتراحات للتحدث مع الطلبة

- اختر موضوعا يهم الطلبة. علّق على تفكير الطلبة ومشاعرهم وخبراتهم بينما يقوم الطالب بوصفها بتقديم نماذج لكلمات أو عبارات أخرى.
- بعد افتتاح الحوار، دع الطالب يتولى القيادة. أظهر اهتماما، وإن كان مناسبا، أظهر ابتهاجا بما يقوله الطالب.
- حاول أن لا تسأل أسئلة كثيرة، وعندما تسأل أسئلة، اسأل أسئلة مفتوحة والتي تكون فيها التفسيرات مناسبة.
- انتظر لفترة مناسبة عندما تسأل. لا تطلب استجابة فورية. أعط الطالب وقتا كافيا لبناء إجابته. تقبل بأريحية بعض الثغرات أو الفراغات في الحوار. لا تتعجل.
- بالمقابل، شجع طرح الأسئلة وأعط إجابات أمينة ومفتوحة (بالطبع، ارفض بأدب إجابة الأسئلة غير المناسبة أو الشخصية جدا).
- اجعل صوتك بمستوى مناسب. حافظ على سرعة متوسطة. حافظ على حوار خفيف ومرح ما لم يكن موضوع الحوار جدّيا والمرح غير مناسب.
- تجنب إصدار الأحكام أو إبداء الملاحظات الساخرة حول لغة الطالب. فإذا ما اعتقد الطالب أنك تصدر الأحكام أو أنك تصحح كل خطأ، فإنه سيتوقف عن الكلام معك. أظهر تقبُّلا للغة الطالب.
- لا تقاطع الطالب عندما يتكلم واستمع باهتمام لأفكاره، أظهر الاحترام له.
- أعط أكبر عدد ممكن من الفرص للطالب لاستخدام اللغة في المواقف الاجتماعية واستجب على النحو المناسب لمحاولات الطالب استخدام اللغة لتحقيق أهدافه.

الشكل 7-1 بالنسبة للأطفال الذين لديهم اضطرابات لغة، يمكن أن تتغير مكونات اللغة عبر الزمن. هنا يمكننا أن نرى كيف تبدلت المهارات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية لطفل واحد عبر الزمن بالنسبة لأقرانه الطبيعيين.



Sounce: Plante, E., & Beeson, P. M. (2004). Communication and communication disorders: A clinical introduction(2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon, P. 182. Copyright (c) 2004. Reprinted/adapted by permission of Allyn and Bacon.

تعليم القراءة والكتابة: التعبير المقروء والمكتوب

يشكل تعلم القراءة والكتابة مشكلة خاصة لكثير من الطلبة الذين لديهم اضطرابات كلام ولغة. وكما أوضحنا من قبل في هذا الفصل، فغالبا من يعاني الطلبة الذين لديهم اضطرابات لغة من ضعف في مهارات تمييز الكلمة وفهمها. ومن غير الشائع أن يعاني الطلبة الذين لديهم اضطرابات نطق فقط من صعوبات في القراءة، أما أولئك الذين لديهم مشكلات في اللغة أو مشكلات في اللغة والكلام فغالبا ما يكونون معرضين، إلى حد كبير، لصعوبات القراءة (Snowling & Hayiou-Thomas, 2006). وعلى وجه الخصوص، عادة ما يعجز الطلبة الذين لديهم قدرات فونولوجية محدود عن تعلم كيفية فك التشفير من غير تدخل علاجي. وفك التشفير يعني القدرة على تحويل الكلمات المكتوبة إلى كلام. وبالنسبة للطلبة الذين لديهم اضطرابات لغة وتعلموا فك التشفير، سيواجه كثير منهم صعوبة في القراءة للفهم. وعليه، فإن من المهم أن يعمل معلم الفصل وأخصائي النطق واللغة ومعلم التربية الخاصة معاً على تقديم علاج منهجي وواضح في القراءة للأطفال الذين لديهم اضطرابات لغة.

إضافة إلى اضطرابات اللغة لديهم، يواجه الطلبة صعوبات في اللغة المكتوبة. فكلما انتقل الطلبة لصفوف أعلى، كلما ازدادت أهمية اللغة المكتوبة. حيث يتوقع من الطلبة قراءة وفهم مواد أكثر تعقيدا، كما أن عليهم أن يعبروا عن أنفسهم بوضوح عن طريق الكتابة. إن التفاعل الذي يجرى بين المعلمين وطلبتهم حول الكتابة والأسئلة التي يطرحونها لمساعدة طلبتهم على فهم كيفية الكتابة لقرائهم أمران حاسمان للتغلب على الصعوبات في اللغة المكتوبة (Harris, MacArthur, & Schwartz, 1998).

أخيرا، يتم توظيف كثير من الاستراتيجيات المستخدمة في علاج صعوبات التعلم في علاج اضطرابات اللغة. فتدريب ما وراء المعرفة والتدريب على الاستراتيجية وغيرها من الطرق التي نوقشت في الفصل الثالث عادة ما تكون مناسبة للاستخدام مع الطلبة الذين لديهم اضطرابات لغة (أنظر أيضا Hallahan, LIoyd, Kauffman, Weiss, & Martinez, 2005; Mercer & Pullen, 2009).

تقييم مستوى التحسن Assessmetn of Progress :

إن الهدف الرئيس من تقييم اللغة تقديم معلومات للتدريس. ويجب أن تأخذ خطة العلاج المبنية على التقييم بالحسبان مختلف جوانب اللغة من محتوى وبنية وسياق الاجتماعي واستخدام. أي يجب على الخطة العلاجية أن تأخذ بالحسبان ما يأتي:

- ما المواضيع التي يتحدث عنها الطفل وتلك التي يجب تعليمه التحدث عنها؟
- كيف يتحدث الطفل عن الأشياء؟ وكيف يمكن تعليم الطفل التحدث عن هذه الأشياء على نحو أكثر وضوحا؟
- ما مستوى أداء الطفل في سياق مجتمعه اللغوي؟

- كيف يستخدم الطفل اللغة؟ وكيف يوظف هذا الاستخدام لخدمة أهداف التواصل وبناء علاقات اجتماعية بفاعلية أكبر؟

يقوم المربون، بعد بناء الخطة العلاجية، بتطبيق خطة تقييم مستمرة لمراقبة التقدم وقياس المخرجات للتأكد من أن الطالب يحقق الأهداف المنشودة. تستخدم إجراءات مراقبة تقدم الطلبة الذين لديهم اضطرابات لغة نظام التقييم المستمر الذي يتضمن فترة من التعليم يليها اختبار، ومن ثم يتم التدريس مرة أخرى حسب الحاجة (Ehren & Nelson, 2005). يطبق المعلمون نظام التقييم المستمر أثناء عملية التعلم، ويحدد أخصائي النطق واللغة مستوى أداء الطالب مع المساعدة أو بدونها (Anderson & Shames, 2006). وتوجه هذه المعلومات برنامج العلاج، حيث يحدد أخصائي النطق واللغة ما يستطيع الطالب عمله، والجوانب التي يحتاج فيها لمزيد من العلاج. ويمكن للمعلمين استخدام نظام التقييم المستمر في سياق الاستجابة لبرنامج العلاج الذي يقدمه أخصائي النطق واللغة (Ehren & Nelson).

يمكن للمعلمين أيضا استخدام تقييم التواصل واللغة المبني على المنهاج لمراقبة تقدم الطلبة. ويختلف تقييم التواصل واللغة المبني على المنهاج عن التقييم المبني على المنهاج فقط، والذي نوقش في الفصل السادس، في أن الأول يقيس مهارات الطالب المتعلقة بالكلام واللغة والتواصل اللازمة لتعلم المنهاج المدرسي (Staskowski & Nelson, 2007). عموما، يقيس تقييم التواصل واللغة المبني على المنهاج مهارات التواصل اللازمة للمشاركة في المنهاج المدرسي والاستراتيجيات التي يوظفها الطالب للقيام بنشاطات منهجية. واعتمادا على المشاهدات المتعلقة بهذين المجالين، يمكن لأخصائي النطق واللغة عندها تحديد المهارات التي يحتاج الطالب اكتسابها وكيفية تعديل المهمة لضمان النجاح.

كما هو الحال في مجالات التربية الأخرى، فإن التوجه الحالي يتطلب أن يُبرز مقدمو الخدمة أهمية علاج التواصل بالنسبة لإنجازات الطالب. حاليا، يمكن لأخصائيي النطق واللغة أن يعتمدوا على نظام قياس المخرجات الوطني لتحديد انجازات الطلبة في علاج التواصل. لقد شكلت الجمعية الأمريكية للنطق واللغة والسمع المركز الوطني لفاعلية علاج التواصل في بدايات التسعينيات من القرن الماضي (Mullen & Schooling, 2010). ومن نتائج جهود المركز الوطني لفاعلية علاج التواصل وجود نظام قاعدة بيانات التقييم على شبكة الإنترنت. يستخدم أخصائي النطق واللغة سلسلة من المقاييس لقياس التواصل الوظيفي. ثم يستخدم أخصائي النطق واللغة هذه البيانات والبيانات الديموغرافية والتشخيصية لكتابة تقرير بنتائج التقدم اعتمادا على خطة العلاج الفردية.

التدخل المبكر Early Intervention:

للتدخل المبكر أهمية حاسمة لسببين:

1. كلما كان عمر الطفل أكبر عند بداية العلاج، كلما تضاءلت فرصة اكتسابه مهارات لغوية فعالة (وينطبق الشيء نفسه على المهارات الأخرى).

2. من دون اكتساب لغة وظيفية، لن يتمكن الطفل من أن يصبح كائنا اجتماعيا (Warren & Ab-baduto, 1992). وتُعد مهارة اللغة والتواصل أهم المهارات التي يمكن أن يتخلف فيها، لأنها تشكل الأساس للتعلم الأكاديمي والاجتماعي.

التطور المبكر والعلاج المبكر

أظهرت دراسات التطور المبكر للأطفال أن السنوات القليلة الأولى حاسمة في تعلم اللغة. فقد عرف المربون منذ زمن طويل أن تطور معظم لغة الأطفال والتطور الاجتماعي وتطور القراءة والكتابة يعتمد على طبيعة التفاعلات بين الأطفال ووالديهم أو من يعتني بهم وكميتها. ففي بيوت الأطفال الذين يأتون مستعدين للتعلم، كان التفاعل اللغوي بين الوالدين والأطفال متكررا ومركزا على التشجيع وترسيخ سلوك الأطفال، ومؤكدا الطبيعة الرمزية للغة. كما أنه قدّم توجيها لطيفا لاستكشاف الأشياء والعلاقات، كما أظهر تجاوب الكبار مع الأطفال. وفي المقابل، فالأطفال الذين دخلوا المدرسة في وضع ليس في مصلحتهم، فقد كان معدل التفاعل اللغوي بينهم وبين الوالدين أقل بكثير، وسمعوا تغذية راجعة سلبية ومثبطة لسلوكهم وتعرضوا للغة قاسية وسطحية، وكانوا محرومين عاطفيا.

وفي دراسة تُعد الآن تقليدية، قارن هارت ورايزلي (Hart & Risely, 1995) الخبرات اللغوية لأطفال من والدين متخصصين ووالدين من الطبقة العاملة ووالدين يعتمدون على الرعاية الاجتماعية. لقد كانت التناقضات في الخبرات اللغوية والآثار التي لوحظت على التحصيل الأكاديمي والسلوك صادمة، ولكن الاختلافات لم تكن مرتبطة بالوضع الاقتصادي أو العرق، بل كانت مرتبطة بكمية كلام الوالدين لأطفالهم. وكما لخصها المؤلفون:

أظهرت بياناتنا أن حجم التقدم الذي يحرزه الأطفال يعتمد بدرجة أقل على المواد والميزات التعليمية المتوفرة في البيت، وبدرجة أكبر على حجم الخبرة التي تتراكم لدى الأطفال في فترة الرعاية التي تقدم تنوعا لغويا وتغذية راجعة ايجابية، وتركيزا على الرمزية وتوجيها لطيفا وتجاوبا. وما أن يصل الأطفال إلى عمر 3 سنوات، فإن العلاج، حتى وإن كان مكثفا، لا يمكنه التعويض عن الفرق في حجم الخبرة التي تلقاه الأطفال من والديهم. فقد لا تكون هناك ضرورة للعلاج، إذا ما حصل الأطفال علي تربية أفضل.

وهكذا، يبدو أن العامل الرئيس في الوقاية من كثير من الإعاقات المتعلقة بتطور اللغة، يكمن في مساعدة الوالدين على تحسين رعايتهم وتواصلهم مع أطفالهم عندما يكونون رضعا وأطفالا صغارا. ومع ذلك، فإن العلاج في مرحلة ما قبل المدرسة والمدرسة الأساسية ضروري. ولكن هذا العلاج يجب أن يُوجَّه من خلال فهم وجهة نظر عائلات الأطفال، وبخاصة الراعين الأساسيين (الأمهات عادة)، لتطور اللغة (Hammer & Weiss, 2000). وقد يعاني أحيانا أطفال ما قبل المدرسة، الذين يحتاجون إلى علاج اضطراب الكلام أو اللغة، من إعاقات متعددة شديدة أو عميقة.

ترتبط اللغة على نحو وثيق بالتطور المعرفي، لذا سيكون للعجز في القدرات العقلية العامة على الأرجح تأثير سلبي في تطور اللغة. وفي المقابل، فإن فقدان اللغة يمكن أن يعيق التطور المعرفي. بما أن الكلام يعتمد على تطور عصبي وحركي، فقد تؤدي أي مشكلة عصبية أو حركية إلى عجز في القدرة على الكلام. يعتمد التطور الاجتماعي الطبيعي على ظهور اللغة، وعليه فإن الطفل الذي لديه اضطراب لغة سيكون في وضع غير ملائم للتطور الاجتماعي. ولذلك، نادرا ما تكون اللغة وحدها هي المستهدفة في العلاج.

التدخل المبكر في تأخر اكتساب اللغة

قد يتبع الأطفال الذين لديهم اضطرابات لغة مراحل التطور نفسها التي يمر بها معظم الأطفال، ولكنهم يجتازون كل مرحلة أو مَعْلَم في سن متأخرة عن متوسط العمر (المتوقع لاكتسابها). وبعض الأطفال الذين لديهم اضطرابات لغةٍ ينتهي تطورهم بمستويات أقل بكثير من المستويات التي وصل إليها أقرانهم الذين لا توجد لديهم إعاقات. ولا يزال هناك بعض الأطفال المتأخرين في تطوير لغتهم بوجه عام، ولكنهم يظهرون تباينا كبيرا في السرعة التي يكتسبون بها خصائص لغوية محددة.

وهناك بعض الأطفال الذين ينتجون الكلام في وقت متأخر، ولكنهم يطورون في النهاية قدرات كلامية ولغوية مناسبة لأعمارهم (Vinson, 2007). ومع ذلك، فإن الكثير من الأطفال الذين يظهرون تأخراً في اللغة لن يتمكنوا من التخلص منه (Owens,2004). وغالبا ما يتم تشخيصهم بأنهم متأخرين ذهنياً أو أن لديهم إعاقة تطورية أخرى. وأحياناً، يأتي هؤلاء الأطفال من بيئات حرموا فيها من كثير من الخبرات، بما فيها تحفيز اللغة من الراشدين واللازم لتطور اللغة على نحو طبيعي، أو أنهم أسيئت معاملتهم أو أُهملوا. وأيا كانت الأسباب لتأخر لغة الطفل، فإن من المهم فهم طبيعة التأخر والتدخل لإعطاء الطفل الفرصة الأمثل لتعلم استخدام اللغة على نحو فعّال.

بعض الأطفال من عمر 3 سنوات أو أكثر لا يظهرون أي مؤشرات على فهم اللغة ولا يستخدمون اللغة على نحو عفوي. وربما يصدرون أصوات، ولكنهم يستخدمونها للتواصل بطريقة تشبه تواصل الرُّضَّع والأطفال الصغار قبل تعلّمهم للكلام. بعبارة أخرى، ربما يستخدم هؤلاء الأطفال تواصل ما قبل اللغة. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يستخدموا الإشارات أو الأصوات لطلب الأشياء أو الأفعال من الآخرين، أو للاحتجاج أو لطلب نشاط اجتماعي روتيني (مثال: القراءة)، أو لتحية شخص ما.

ومن المهم عند تقييم الأطفال المتأخرين لغويا والتخطيط لعلاجهم أن نأخذ بالاعتبار السلوكات اللغوية وغير اللغوية التي يستطيع الأطفال تقليدها، وما الذي يمكنهم فهمه، ومهارات التواصل التي يستخدمونها عفويا، والدور الذي يلعبه التواصل في حياتهم. ومن المهم أيضا، وبخاصة مع الأطفال الصغار، تقديم العلاج في سياقات يستخدم فيها الأطفال اللغة للتفاعل الاجتماعي الطبيعي. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يستخدم الوالدان أو المعلمون التدريس العرضي، استراتيجية لتعليم مهارات اللغة الوظيفية في البيئة الطبيعية. ففي هذه الطريقة، يتمحور التعليم حول تلقين الراشد اللغة للطفل، ويمنح حرية الوصول لما هو مطلوب شريطة أن يحاول التواصل. إن التعليم العرضي طريقة طبيعية، حيث إنها تشجع على تصميم اجراءات علاج مشابهة للحوارات التفاعلية الطبيعية للوالدين والأطفال. وقد يكون تواصل ما قبل اللغة مؤشرا جيدا على قدرة الطفل على استخدام اللغة فيما بعد (Calandrella & Wilcox, 2000). وقد تعتمد فاعلية طريقة التعليم العرضي، إلى حد ما على الأقل، على تجاوب الأمهات مع تواصل أطفالهن قبل اللغوي (Yoder & Warren, 2001).

مشاركة الأسرة

لقد أصبح الباحثون أكثر إدراكا أن بداية تطور اللغة تكون في التواصل المبكر بين الطفل وأمه، كما أنه لا يمكن الفصل بين القلق حول تطور قدرة الطفل على التواصل والقلق على تطوره في المجالات الأخرى. ولهذا، فإن أخصائيي النطق واللغة هم جزء حيوي من الفريق متعدد الاختصاصات الذي يقوم بتقييم الرضيع أو الطفل الصغير الذي يعاني من إعاقات وتطوير خطة الخدمات الفردية للعائلة. تتضمن برامج التدخل المبكرة زيادة في دور الوالد. وهذا يعني مزيد من اللعب البسيط بالأصوات المرافقة. إن ذلك يعنى التحدث مع الطفل حول الأشياء والأنشطة بالطريقة نفسها التي تتحدث بها معظم الأمهات مع أطفالهن. ولكنها تعني أيضا، اختيار الأشياء والأنشطة والكلمات، وما سيترتب على الأصوات التي ينتجها الطفل، مع الحرص الشديد على تعزيز احتمالية تعلّم الطفل اللغة الوظيفية (Fey, Catts, & Larrivee, 1995).

ويدرك المختصون في الطفولة المبكرة الآن أن التدخل في مرحلة ما قبل اللغة أمر حاسم لتطورها، أي أن التدخل المبكر يجب أن يبدأ قبل ظهور لغة الطفل. فالقواعد التي تشكل الأساس للغة

يتم إرساؤها في الشهور القليلة الأولى من الحياة، من خلال الخبرات المحفزة مع الأطفال والرعاة الآخرين للطفل (Koury, 2007). يركز المربون في السنوات الأولى من تطبيق خطة الخدمات الفردية للعائلة على تقييم جوانب القوة لدى العائلة وحاجاتها، وتدريب الوالدين على كيفية تعليم وتربية أطفالهم. حديثا، توصل الأخصائيون إلى أن تقييم العائلات استنادا إلى الاعتقاد بأن الأخصائيين يعرفون الأفضل هو، في الغالب، أمر مضلل. بالتأكيد يمكن أن يساعد الأخصائيون الوالدين للعب دور مهم في تطوير لغة أطفالهم. ولكن التركيز اليوم أصبح على العمل مع الوالدين كشركاء لديهم المعرفة والكفاءة، ويجب احترام أولوياتهم وقراراتهم (Hammer & Weiss, 2000).

من المرجح أن يعتمد العلاج في الطفولة المبكرة على تقييم سلوك الطفل المتعلق ببنية اللغة ومعناها، وعلى وجه الخصوص استخدامها في التفاعل الاجتماعي. وبالنسبة للطفل الذي لم يتعلم اللغة بعد، يركز التقييم والعلاج على التقليد، والطقوس واللعب الرمزي، واللعب بالأشياء واستخدامها على نحو وظيفي. ففي المراحل الأولى التي يكون فيها المعنى والبنية للغة تفاعلية، من المهم تقييم إلى أي حد ينظر الطفل إلى الشيء أو يلتقطه عندما نسميه أو نشير إليه، وتقييم إن كان الطفل يقوم بفعل ما تجاه الشيء عندما يوجهه الراشد لذلك، وفيما إذا كان يستخدم الأصوات لطلب الأشياء أو رفضها، أو أنه يلفت الانتباه للأشياء. وعندما يؤخذ استخدام الطفل للغة بالاعتبار، تتضمن الأهداف الأولى تواصل الطفل بصرياً مع الراشد أثناء اللعب معه، وتبادل الأدوار ومحاولة الاستمرار في الأنشطة والألعاب الممتعة، ومتابعة التركيز البصري للراشد، وتوجيه سلوك الراشدين، واستخدام الإشارات على نحو مستمر أو تعديلها، والأصوات أو الكلمات التي يصدرها عندما لا يستجيب الراشد له. إن تعليم الخطاب (مهارات الحوار) في مرحلة ما قبل المدرسة هو محور تركيز حاسم في علاج اللغة. وعلى وجه الخصوص، يركز المعلمون في مرحلة ما قبل المدرسة على تعليم الأطفال استخدام الخطاب الذي يُعد أساسيا للنجاح في المدرسة. فعلى سبيل المثال، يجب أن يتعلّم التلاميذ أن يرووا خبراتهم بالتفصيل وأن يفسروا لماذا تحدث الأشياء، وليس فقط زيادة مفرداتهم. يجب أن لا يتعلموا أشكال الكلمات ومعانيها فحسب، بل كيف يتبادلون الأدوار في الحوارات والالتزام بموضوع الحوار أو تغييره بطريقة مناسبة. ويمكن أن تتضمن برامج ما قبل المدرسة التي تركز على مثل هذا التعليم للغة حوارات المعلمين الفردية اليومية مع الأطفال أو القراءات اليومية للأطفال منفردين أو في مجموعات صغيرة، كما تتضمن مناقشات صفية متكررة.

توجهت الاتجاهات الحديثة نحو تقديم علاج الكلام واللغة في بيئات الأطفال الصغار الطبيعية. وهذا يعني وجوب تطوير المعلمين وأخصائيي النطق واللغة علاقات عمل حميمة. يمكن لأخصائي النطق واللغة أن يعمل مباشرة الأطفال في غرفة الصف وأن ينصح المعلم حول العلاج الذي يمكن متابعته كجزء من أنشطة الصف النظامية. وفي المقابل، يمكن أن يعمل أخصائي النطق واللغة مع المعلم لمساعدته على دمج الممارسات التعليمية الفعالة لهؤلاء الطلبة. ويمكن أيضا مشاركة أقران الطفل في استراتيجيات العلاج. وبما أن اللغة هي، على نحو أساسي، نشاط اجتماعي، فإن تسهيل اكتسابها يتطلب مشاركة الآخرين في بيئة الطفل الاجتماعية، الأقران والكبار أيضا (Audet & Tankersley, 1999; Fey et al., 1995; Prizant, 1999).

لقد تم تعليم الأقران الطبيعيين للمساعدة في تطوير لغة الأطفال الذين لديهم إعاقات من خلال القيام بما يلي أثناء اللعب: ترسيخ التواصل البصري، وصف لعبهم أو لعب الآخرين، التكرار، التوسيع، أو طلب التوضيح لما قاله الطفل ذوي الإعاقة. يمكن أن يساعد الأقران المدرسين على تطوير كلام أصحابهم الذين قد يستخدمون لهجات مختلفة ولغتهم (McGregor, 2000). وهناك استراتيجية أخرى يشارك فيها الأقران هي اللعب المسرحي الاجتماعي. ويتم تدريس الأطفال في مجموعات من 3 أطفال، من بينهم طفل لديه إعاقات لتمثيل أدوار اجتماعية كتلك التي قد يقوم بها الناس في مواقف مختلفة (مثال: مطعم أو محل أحذية). ويتضمن التدريب نصوصا تحدد ما سيفعله كل طفل أو سيقوله، والتي يستطيع الأطفال تعديلها بطرق إبداعية.

الانتقال إلى سن الرشد Transition to Adulthood :

عموما كان المراهقون والراشدون في برامج علاج النطق واللغة يصنفون في الماضي إلى ثلاث مجموعات: (1) المحولون من تلقاء أنفسهم، (2) الذين لديهم مشكلات صحية، و (3) الذين لديهم إعاقات شديدة. فالمراهقون والراشدون يمكن أن يحولوا أنفسهم إلى أخصائي النطق واللغة نظرا لأن نطقهم أو صوتهم أو طلاقتهم تسبب لهم حرجا اجتماعيا و/أ وأنها تؤثر سلبا في ممارستهم لمهنهم. وهؤلاء في العادة أناس لديهم مشكلات مزمنة ولديهم حماس كبير لتغيير كلامهم والتخلص من العقاب الاجتماعي المفروض عليهم.

وقد يكون المراهقون والراشدون تعرضوا إلى عجز في القدرات النطقية أو اللغوية نتيجة لمرض أو حادث، أو فقدوا جزءاً من جهاز الكلام نتيجة لحادث أو عملية استئصال. تتطلب معالجة هذه الفئة جهودا من تخصصات متعددة. ففي بعض حالات الأمراض المستعصية والتلف العصبي الشديد أو فقدان أجزاء من جهاز الكلام، تكون آفاق تطوير كلام وظيفي ليست جيدة. ومع ذلك، فإن الإجراءات الجراحية والأدوية والأجهزة التعويضية جعلت الكلام على نحو طبيعي أمراً ممكنا لعدد أكبر من الناس. قد تترك إصابات الدماغ آثارا خطيرة على قدرة الإنسان على الوعي الذاتي، أو تحديد الأهداف، أو التخطيط، أو توجيه الذات، أو المبادرة بالأفعال، أو وقف الانفعال، أو مراقبة الإنجاز أو تقييمه، أو حل المشكلات. إن استرجاع المهارات ذات الأساس اللغوي أمر حاسم لنقل المراهقين أو الراشدين من المستشفى إلى المدرسة، ومن المدرسة إلى الحياة المستقلة (Klein & Moses, 1999).

يمكن أن يحتاج الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة إلى خدمات أخصائيي النطق واللغة لمساعدتهم للوصول إلى كلام أكثر وضوحا. وربما يحتاجون أيضا أن يتعلموا استخدام نظام مساند أو بديل للغة المنطوقة للتواصل. ويُعد تحديد أهداف واقعية لتعلم الكلام واللغة أحد أهم المشكلات التي يمكن مواجهتها أثناء العمل مع المراهقين والراشدين الذين يعانون من إعاقات شديدة. إن تعليم لغة بسيطة وظيفية، كتوجيه التحية الاجتماعية وتسمية الأشياء والطلبات البسيطة يمكن أن تكون أهدافا واقعية لبعض المراهقين والراشدين.

ومن الأمور المقلقة الرئيسة في تخطيط التحول التأكد من إمكانية توظيف التدريب والدعم المقدم أثناء سني الدراسة في حياة الشخص الراشد. ولكي يكون الانتقال ناجحا، يجب أن يتضمن خدمات

نطق ولغة من البيئة الطبيعية. أي، يجب أن تكون الخدمات مجتمعية ومندمجة في حاجات المستهلك المهنية والمنزلية والترفيهية ونشاطات التدريب الحركي. يجب أن يركز علاج النطق واللغة للمراهقين والشباب الذين لديهم إعاقات شديدة على التواصل الوظيفي- فهم الآخرين - وجعل الآخرين يفهموننا في الظروف الاجتماعية التي من المرجح مواجهتها في الحياة اليومية (Justice, 2006). يُعد تطوير مهارات الحوار (مثل، توطيد التواصل البصري، استخدام الترحيب، تبادل الأدوار، ومعرفة الموضوع والالتزام به)، والقراءة والكتابة واتباع الإرشادات ذات العلاقة بالأنشطة الترفيهية، واستخدام المواصلات العامة، وانجاز العمل أمثلة على أنشطة الكلام واللغة الوظيفية التي يجب التركيز عليها.

يولي المربون في وقتنا الحاضر اهتماما أكبر باضطرابات النطق واللغة لدى المراهقين والراشدين الذين لا يمكن تصنيفهم ضمن أصناف الإعاقات المعتمدة الأخرى. فقد كان ينظر سابقا إلى كثير من هؤلاء الأفراد على أنهم يعانون على نحو أساسي من مشكلات أكاديمية واجتماعية لا علاقة لها باللغة. ولكن من الواضح الآن أن اضطرابات اللغة الأساسية تقف خلف كثير من مشكلات المراهقين المدرسية والاجتماعية إن لم يكن جلها. واضطرابات اللغة هذه هي استمرار للصعوبات التي واجهها الفرد في وقت مبكر أثناء تطوره.

يتمتع معلمو الصفوف بوضع جيد يمكنهم من اكتشاف المشكلات التي يمكن أن تكون مرتبطة باللغة وطلب المساعدة من أخصائي التواصل. يصف "ركّز على المفاهيم" التالي كثيرا من الخصائص لدى الأطفال والمراهقين التي قد تشير إلى وجود حاجة للاستشارة أو العلاج. إن معالجة مثل هذه المشكلات بفاعلية وفي وقت مبكّر أمر مهم لمساعدة الصغار على تحقيق تحول ناجح لبيئات اجتماعية كثيرة المطالب وكثيرة التعقيد.

يُعد بعض المراهقين والراشدين مرشّحين مثاليين لتدريب الاستراتيجية التي تعّلمهم كيفية اختيار المعلومات وحفظها واسترجاعها ومعالجتها (See Hallahan et al., 2005). وهناك آخرون لا يملكون القدرة على القراءة أو التشفير أو الذكاء للإفادة من التدريب المعتاد على الاستراتيجيات المعرفية. فمهما كانت الأساليب التي يتم اختيارها للمراهقين والطلبة الأكبر سنا، يجب على المعلم أن يكون مدركاً للمبادئ التي يمكن تطبيقها في العلاج مع هؤلاء الأفراد.

التركيز على المفاهيم

الكشف عن مشاكل اللغة المحتملة المرتبطة بالانتقال

يمكن أن يحتاج الأطفال الأكبر سنا والمراهقون مساعدة من المتخصص في التواصل إذا:

- فشلوا في فيهم الإرشادات في المواقف المعتادة.
- لم يتمكنوا من استخدام اللغة بشكل فعال لتحقيق حاجاتهم المعيشية اليومية.
- لم يلتزموا بالقواعد الاجتماعية التي تتضمن الأدب والتفاعل مع الآخرين.
- لم يتمكنوا من قراءة الإشارات والرموز المهمة أو تعبئة النماذج أو كتابة تقارير بسيطة.
- واجهوا مشاكل في الكلام تحد من فهم الآخرين لهم.

ملخص الفصل (Summary):

كيف يتم تعريف اضطرابات اللغة؟

يتضمن التواصل مشاركة المعلومات بين شخصين أو أكثر.

تتضمن وظائف التواصل الطلب، الرفض، التعليق، المجادلة، التبرير، وما إلى ذلك.

يمكن أن تتضمن اضطرابات التواصل اللغة أو الكلام أو كليهما معا، وهما يعيقان التواصل الوظيفي.

اللغة هي عبارة عن إرسال الأفكار-التعبير وإرسالها-الاستقبال من خلال نظام رموز توافقي يستخدم وفق قواعد محددة.

الكلام هو عبارة عن نشاط عصبي عضلي لتشكيل أصوات اللغة المنطوقة وترتيبها.

ما هي نسبة انتشار اضطرابات التواصل؟

التقديرات المعقولة أن حوالي 10-15% من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وحوالي 6% من الطلبة في المدرسة الابتدائية والصفوف الثانوية لديهم اضطرابات كلام.

من المحتمل أن هناك ما يقرب من 2-3% من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وما يقرب من 1% من أطفال المدرسة لديهم اضطرابات لغة.

ما الفرق بين الاختلافات التواصلية والاضطرابات؟

الاختلافات تتضمن اللهجات، والاختلافات الجغرافية، ولغة الأقليات العرقية، واللغات غير المسيطرة.

الفرد الذي لديه اختلاف وليس اضطراب هو متواصل فعال بلغة مجتمعه، بينما يعاني الشخص الذي لديه اضطراب من إعاقة في التواصل في جميع البيئات اللغوية.

ما هي اضطرابات اللغة الرئيسة؟

هناك نظريات مختلفة حول تطور اللغة واضطراباتها.

يمكن أن تكون اضطرابات اللغة رئيسية (غير معروفة السبب) أو ثانوية (تعزى لحالة أو إعاقة أخرى).

تتضمن اضطرابات اللغة الرئيسة عجز اللغة المحدد، تأخر اللغة التعبيرية المبكر، وصعوبة القراءة ذات الأساس اللغوي.

تتضمن اضطرابات اللغة الثانوية الاضطرابات المرتبطة باضطرابات عاطفية أو سلوكية أو أية إعاقة أخرى، كالإعاقة العقلية أو اضطراب طيف التوحد.

ما هي اضطرابات الكلام الرئيسة؟

اضطرابات الكلام مجموعة غير متجانسة إلى حد كبير ترتبط بإنتاج اللغة المنطوقة، وتتضمن ما يأتي:

- اضطرابات الفونولوجيا- مشكلات في فهم النظام الصوتي للغة
- اضطرابات النطق - مشكلات في إنتاج أصوات كلامية صحيحة
- اضطرابات الصوت - مشكلات في إنتاج الصوت بطبقة أو علو، أو نوعية مناسبة
- اضطرابات الطلاقة - مشكلات في المحافظة على استمرار تدفق الكلام
- اضطرابات الكلام الحركية - مشكلات في الكلام بسبب عجز عصبي حركي بما في ذلك ما يلي:

- الديسآرثريا (عسر الكلام) - مشكلات في التحكم في إنتاج أصوات الكلام

الأبراكسيا (العمه الكلامية)-مشكلات في الإعداد والتنسيق للكلام

ما هي أهم الاعتبارات التربوية لاضطرابات التواصل؟

يحتاج معلم الصف للعمل مع آخرين في مجالات رئيسة ثلاث:

- تسهيل الاستخدام الاجتماعي للغة
- طرح الأسئلة
- تعليم القراءة والكتابة: اللغة المقروءة والمكتوبة

ما هي عناصر تقييم التقدم الرئيسة للطلبة الذين لديهم اضطرابات تواصل؟

الهدف الرئيس لتقييم اللغة هو خدمة التعليم.

التقييم بغرض العلاج يتطلب الانتباه إلى ما يأتي:

- عن ماذا يتحدث الطفل ويحتاج للتعليم للتحدث عنه
- كيف يتحدث الطفل عن الأشياء وكيف يمكن تعليمه التحدث عن هذه الأشياء بوضوح أكبر
- كيف يتواصل الطفل في سياق مجتمعه اللغوي
- كيف يستخدم الطفل اللغة وكيف يمكن تحسين أداءه لخدمة أغراض التواصل والتفاعل الاجتماعي بفاعلية أكبر

التقييم المتعلق بمراقبة التقدم عمل مستمر ويجب أن يسير في دورة التعليم والاختبار وإعادة التعليم.

التقييم المتعلق بمراقبة التقدم يتضمن تقييم اللغة المرتبطة بالمنهاج.

يجب تطبيق تقييم انجازات الطلبة للتحقق من حدوث التعلم.

ما هي المناحي الأساسية للعلاج المبكر لاضطرابات التواصل؟

التدخل المبكر يعتمد على التطور المبكر للغة.

يتضمن التدخل المبكر علاج تأخر اللغة.

التدخل المبكر يتطلب العمل مع العائلات.

على ماذا يركز المربون عند انتقال الطلبة الذين لديهم اضطرابات تواصل؟

الانتقال يتضمن مساعدة الطلبة على استخدام اللغة اللازمة لتوظيف ناجح.

8

الطلبة الصم وضعاف السمع

Learners Who Are Deaf or Hard of Hearing

د. لينا عمر بن صديق

برنامج الدراسات العليا التربوية

جامعة الملك عبد العزيز

لحظة الانتقال الى المدرسه الثانوية. يبتعد الاصدقاء عن بعضهم البعض الى مجموعات متفرقة وفقا لتخصصاتهم. لقد كانت مدرستي الثانوية الجديدة كبيرة جدا... لقد شعرت بنفسي ازداد عزلة شيئا فشيئا عن الاخرين. وفي ظهيرة يوما من الايام. جلست على اريكتي .... وخضت في نقاش متبادل مع والدتي.. وسالتها عن السبب الذي يمنعني من الحصول على اصدقاء في المدرسة كالاخرين من زملائي.. فنظرت الي وعلى وجهها قسمات من الاستغراب وقالت:

"احقا لا تعريفين لماذا؟"

فاجبتها "لا. لا اعرف"

فاجابت " لانك لاتسمعين. وهم لايدركون ذلك"

لقد شكلت اجابة والدتي نقطة تحول في حياتي. حتى تلك اللحظة. كنت ادرك الصمم الموجود لدي بشكل غير كامل. لم اكن اتوقع ان صممي الذي يجعلني مختلفة عن الاخرين سيكون نقطة حرجة في حياتي.. كما انني لازلت لا ادرك جميع الاثار الناتجة عن صممي وخاصة مايرتبط منها بعلاقاتي الاجتماعية مع الاخرين، ومستقبلي، وقدرتي اللغوية. وتعليمي المستقبلي. بصدق، لم اكن أعلم بان صممي لايتعدى كونه مشكلة في السمع. ان الصعوبات التي واجهتها في حياتي لم تكن بسبب انني صماء لا أسمع، ولكنها كانت نتيجة وجود مجتمع قاسي مليئ بالمعوقات. وادراكي لذلك لم يكن شيئا بسيطا.

مارثا شيردن: الحياة الخاصة للأطفال الصم: مقابلات وتحليلات

يتوقع بعد قراءتك لهذا الفصل أن تعرف الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- كيف يعرف الأخصائيون الصم وضعاف السمع؟
- ما هي نسب انتشار الإعاقة السمعية؟
- ما هي الخصائص الفسيولوجية والتشريحية للأذن؟
- كيف تشخص الإعاقة السمعية؟
- ما هي أسباب الإعاقة السمعية؟
- ما هي أبرز الخصائص النفسية والسلوكية للطلبة الذين يعانون من إعاقة سمعية؟
- ما هي أبرز الاعتبارات التربوية التي يجب مراعاتها للطلبة الذين يعانون من إعاقة سمعية ؟
- كيف يقيم الأخصائيون التقدم الأكاديمي للطلبة الذين يعانون من إعاقة سمعية ؟
- ما هي أبرز خدمات التدخل المبكر المقدمة للطلبة الذين يعانون من إعاقة سمعية ؟
- ما هي أبرز الاعتبارات الخاصة في انتقال الطلبة الذين يعانون من إعاقة سمعية إلى مرحلة الرشد؟

مفاهيم خاطئة حول الطلاب الصم وضعاف السمع

الاعتقاد الخاطئ: أن الأشخاص الصم لا يتمكنون من سماع الأصوات أبدا.

الاعتقاد الصحيح: أن معظم الأشخاص الصم لديهم بقايا سمعية.

الاعتقاد الخاطئ: الإصابة بالإعاقة السمعية ليست أكثر شدة أو ضرر من الإصابة بالإعاقة البصرية.

الاعتقاد الصحيح: على الرغم من صعوبة التنبؤ بالنتائج المترتبة على الإصابة بالإعاقة على نحو عام، خاصة فيما يتعلق بقدرة الفرد على ممارسة حياته الطبيعية، إلا أن الإصابة بالإعاقة السمعية تُعد أكثر ضررا إذا ما قورنت بالإعاقة البصرية، وذلك لما لها من تأثير واضح في القدرة على الفهم واكتساب اللغة والكلام.

الاعتقاد الخاطئ: يؤثر تواصل الصم مع أقرانهم الصم في بيئة واحدة ظاهرة غير صحية اجتماعيا

الاعتقاد الصحيح: يدرك كثير من المفكرين في الوقت الراهن أهمية ثقافة الصم وأنه أمر طبيعي ينبغي تشجيعه

الاعتقاد الخاطئ: يعتمد الأشخاص الصم في فهم ما يقوله الآخرون لهم على قراءة الشفاه.

الاعتقاد الصحيح: تشير قراءة الشفاه إلى التلميحات البصرية الناجمة عن حركة الشفتين، إلا أن بعض الأشخاص الصم لا يكتفون بتعلم قراءة الشفاه فحسب بل يتعلمون كيف يمكنهم الاستفادة من تنوع التلميحات البصرية كتعبيرات الوجه، وحركة الفكين واللسان. وبهذه الطريقة يتمكنون من معرفة دلالات هذه الحركات من خلال قراءة الكلام. حيث يشير مصطلح قراءة الكلام إلى جميع التلميحات البصرية ذات العلاقة بعملية الكلام.

الاعتقاد الخاطئ: يُعد تعلم قراءة الكلام سهل نسبيا، ويميل الراشدون من ضعاف السمع لاستخدامها.

الاعتقاد الصحيح: يُعد تعلم قراءة الكلام صعب جدا، وهنالك قليل من ضعاف السمع يمكنهم استخدامها بكفاءة.

الاعتقاد الخاطئ: ترتكز لغة الإشارة الأمريكية في بنائها وتركيبها على مجموعة عشوائية وغير مترابطة من الإيماءات.

الاعتقاد الصحيح: لغة الإشارة الأمريكية لغة رئيسة لها قوانينها، وقواعدها النحوية.

الاعتقاد الخاطئ: أن فصول التعليم العام لدمج فئة الصم تصب في مصلحة الطلاب الذين يعانون من الصمم

الاعتقاد الصحيح: أن فصول التعليم ليست مناسبة لكثير من الطلاب الصم، وأبدى البعض ضرورة وجود مجموعة (تجمع) من الصم للحصول على برامج تعليمية فعالة لهؤلاء الأفراد.

الاعتقاد الخاطئ: وعلى غير موات مقارنة الأسر التي كلا من الأطفال والآباء والصم للأسر التي الوالدان السمع

الاعتقاد الصحيح: أثبتت الدراسات أن الأطفال الصم الذين يعاني آباءهم من الصمم أيضا يظهرون تميزا في عدد من المجالات الأكاديمية والاجتماعية.

مما لا شك فيه أن الإنسان يعد بطبعه كائناً اجتماعياً ينشأ في جماعة معينة سواء كانت تلك الجماعة هي جماعة كبيرة أو حتى جماعة فرعية صغيرة، وينتمي إليها، ويتفاعل ويتواصل مع أعضائها بكل أشكال التفاعل الاجتماعي الممكنة. فيتم على أثر ذلك الأخذ والعطاء بينه وبينهم مما يمكّنه من العيش بينهم وفي وسطهم. وتلعب حاسة السمع دوراً مهماً وبارزاً في هذا الصدد حيث تسمح للفرد بسماع الأصوات والكلمات التي ينطق بها الآخرون من حوله، فيشرع في محاكاتها وتقليدها مما يساعده بالتالي على تعلم اللغة السائدة في جماعته فضلاً عن تلك اللهجة التي تميز هذه الجماعة عن غيرها، فيتمكن على أثر ذلك من التعامل والتفاعل والتواصل مع أفراد الجماعة، إذ ينقل أفكاره إليهم ويستمع إلى أفكارهم وآرائهم وهو الأمر الذي يسهم بدور فاعل في تطور سلوكه الاجتماعي وذلك على النحو الذي يسمح له بالتوافق معهم، كما يساعده من جانب آخر في فهم البيئة المحيطة بما فيها ومن فيها، فيتعرف بالتالي على ما تتضمنه من جوانب إيجابية، وينتفع بها ويطور فيها، ويتعرف كذلك على ما تضمه من مخاطر فيعمل جاهداً على تجنبها، ويتحاشى تلك المواقف التي قد تدفع به إلى مثل هذه المخاطر أو غيرها. وإلى جانب ذلك فإن فهمه للآخرين وفهمه للبيئة المحيطة، ومشاركته في الأنشطة المختلفة، وتطور سلوكه الاجتماعي يمكّنه من السيطرة على انفعالاته، والتعبير المناسب عنها وهو الأمر الذي يؤثر على نحو واضح على شخصيته ككل، ويساعده في تحقيق التكيف والتوافق.

ومن هذا المنطلق فإن أي قصور يصيب حاسة السمع يؤثر في طبيعة الحال على الأداء الوظيفي الخاص بها الذي يتوقف على الحساسية للصوت سواء تمثل ذلك في ضعف السمع حيث تقل تلك الحساسية للصوت أو حتى في فقد السمع حيث تنعدم تماماً، ومن ثم فإنه يترك أثراً سلبياً واضحاً في الفرد وعلى جوانب شخصيته المختلفة على نحو عام عقلياً وانفعالياً واجتماعياً وأكاديمياً ولغوياً وجسمياً وحركياً. كذلك فإنه يجعله في حاجة إلى تعلم طرق وأساليب خاصة أو بديلة للتواصل كي يتغلب جزئياً على تلك الآثار الناجمة، ويصبح أيضاً في حاجة إلى برامج خاصة يتمكن بموجبها من تعلم ما يساعده ولو جزئياً على العيش في جماعته، والإبقاء على قدر مناسب من التفاعل والتواصل معهم يحقق له قدراً معقولاً من التوافق الشخصي والاجتماعي.

تعريف الإعاقة السمعية Definition and Classificaition:

من الجدير بالذكر أن الإعاقة السمعية Hearing Impairment على نحو عام تعكس مستويات متفاوتة من الضعف السمعي، وتتراوح مثل هذه المستويات في الواقع بين الضعف السمعي البسيط إلى الضعف السمعي الشديد جداً أو الصمم وهو الأمر الذي يتوقف بالدرجة الأولى على درجة الحساسية للصوت، كما أنها كظاهرة لا تقتصر من جانب آخر على كبار السن فقط، بل إنها تنتشر كذلك بين الأطفال والمراهقين والراشدين أو الشباب مما يجعلها تعد بمثابة إعاقة نمائية، أي أنها تحدث في مرحلة النمو. وعلى هذا الأساس تضم الإعاقة السمعية كلاً من الصمم (Deaf)، وضعف السمع (Hard of hearing). ويشكل الأفراد الصم وضعاف السمع جماعة فرعية أو ثقافية داخل المجتمع، وغالباً ما يودون من الآخرين أن ينظروا إليهم من هذه الزاوية أي على أنهم أعضاء في

جماعة ثقافية معينة لها محدداتها، وعاداتها، ولغتها الخاصة بها والتي تتمثل في لغة الإشارة الأمريكية أو غيرها من لغات الإشارة وذلك بحسب موطن هذه الجماعة حيث تختلف لغة الإشارة من بلد إلى آخر حيث توجد بجانب لغة الإشارة الأمريكية ASL لغة الإشارة البريطانية BSL ولغة الإشارة الأسترالية Auslan وغيرها، كما أنها أيضاً تختلف من إقليم إلى آخر أو من ولاية إلى أخرى داخل نفس الدولة، وإن كانت مثل هذه الاختلافات في ذات اللغة تُعد اختلافات طفيفة، ولا تتجاوز ذلك مطلقاً. وتتعدد تعريفات الإعاقة السمعية بناء على ذلك المنظور الذي يتم تناولها من خلاله حيث يشهد الواقع أن هناك بطبيعة الحال أكثر من منظور واحد يمكن أن نعرفها من خلاله كالمنظور الوظيفي، والمنظور الفسيولوجي، والمنظور الطبي، والمنظور التربوي على سبيل المثال.

الأفراد الصم باعتبارهم جماعة ثقافية لها لغتها الخاصة

تقاس الحساسية للسمع بالديسيبل Decible والذي يعد الدرجة التي يقاس بها الارتفاع النسبي للصوت. وتُعد درجة الصفر على تدريج الديسيبل هي النقطة التي يتمكن الشخص العادي عندها من سماع أضعف الأصوات. ويوضح كل رقم متوالي للديسيبل لا يمكن للشخص العادي أن يسمع الأصوات المختلفة عنده درجة معينة من فقد السمع بحيث نجد من وجهة النظر السيكولوجية أن ذلك الشخص الذي يعاني من فقد للسمع تبلغ درجته (90) ديسيبل تقريباً أو أكثر يُعد أصماً، أما من تقل درجة الفقد السمعي لديه عن ذلك فإنه يُعد ضعيف السمع.

أما من الناحية التربوية فيتم عادة التركيز في تعريف الإعاقة السمعية على ذلك الكم الذي يحتمل أن يؤثر في فقدان السمع على قدرة الطفل على التحدث وتطور اللغة. ونظراً لوجود علاقة سببية قوية بين فقدان السمع وتأخر نمو اللغة فإن هؤلاء المختصين يصنفونهم أساساً وفقاً لقدراتهم في اللغة المنطوقة. ويعد فقدان السمع في الواقع بمثابة مصطلح عريض يغطي هؤلاء الأفراد الذين تتراوح درجة إعاقتهم السمعية بين فقدان السمع البسيط وحتى فقدان السمع الحاد، أي أنه يتضمن بذلك الصم وضعاف السمع. وفيما يلي نعرض لبعض التعريفات شائعة الاستخدام من وجهة النظر التربوية لكل من الصم وضعاف السمع:

- أن الشخص الأصم هو ذلك الفرد الذي تحول إعاقته السمعية دون قيامه بالمعالجة المتتالية للمعلومات اللغوية عن طريق السمع سواء باستخدم أو من غير استخدام المعينات السمعية.
- يشير بريل وآخرون (1986) .Brill et.al إلى أن الشخص ضعيف السمع هو ذلك الشخص الذي تظل لديه حال استخدام المعينات السمعية بعض بقايا السمع التي تكفي كي تمكّنه من القيام بالمعالجة المتتالية للمعلومات اللغوية عن طريق السمع.

ومما لا شك فيه أن التربويين يولون اهتماماً كبيراً بذلك السن الذي يبدأ فيه فقدان السمع حيث تعد العلاقة القوية بين فقدان السمع وتأخر اللغة هي الأساس هنا حيث إنه كلما حدث فقدان السمع في وقت مبكر من حياة الطفل واجه صعوبة أكبر في نمو وتطور لغته مقارنة بالمحيطين به في مجتمع السامعين. ولهذا السبب يستخدم المختصون مصطلحي الصمم الوراثي Congenital Deafness والصمم المكتسب Adventitious Deafness حيث يشير المصطلح إلى أن الطفل يولد وهو أصم، أو إلى فقده للسمع في سن مبكرة جداً من حياته، أما الثاني فيشير إلى حدوث الصمم في أي وقت آخر بعد الميلاد. ولذلك فهناك مصطلحان آخران يستخدمان بصفة متكررة، ويوضحان أن اكتساب اللغة يُعد أمراً حاسماً في هذا الإطار، ويتمثل أولهما فيما يعرف بالصمم قبل اللغوي-Prelingual Deaf ness ويشير إلى ذلك الصمم الذي يحدث عند الميلاد، أو في وقت مبكر من حياة الطفل وذلك قبل أن يكتسب اللغة، أو قبل أن يتطور الكلام لديه. أما المصطلح الثاني فهو الصمم بعد اللغوي Postlingual Deafness ويشير إلى ذلك الصمم الذي يحدث بعد أن تتطور اللغة لدى الطفل أي بعد اكتسابه لها. ويختلف الخبراء كما يشير ميدو-أورلانز (1987) Meadow-Orlans فيما يتعلق بتلك الدرجة التي تفصل بين الصمم قبل اللغوي من جهة، والصمم بعد اللغوي من جهة أخرى حيث يعتقد بعضهم أن ذلك ينبغي أن يحدث في حوالي الشهر الثامن عشر من عمر الطفل، بينما يعتقد آخرون أن هذا الأمر يجب أن يحدث قبل ذلك أي في حوالي الشهر الثاني عشر من عمر الطفل، أو حتى في الشهر السادس عشر.

ويُعد التصنيف التالي لعتبة السمع من التصنيفات الشائعة في هذا المجال والتي يتم العمل بموجبها، وهو كالتالي:

1- فقدان السمع البسيط Mild (26-54 ديسيبل).
2- فقدان السمع المتوسط Moderate (55-69 ديسيبل).
3- فقدان السمع الحاد Profound (90 ديسيبل فأكثر) .

وتنتشر هذه المستويات الثلاثة للشدة وفقاً للحساسية التي يوليها الفرد لفقدان السمع بين التصنيفات العامة للصم وضعاف السمع. أما التصنيفات الأعم فلا تعتمد على نحو مباشر على الحساسية للسمع، ولكن مثل هذه التصنيفات تركز بدلاً من ذلك على تلك الدرجة التي تتأثر فيها لغة الكلام الفرد بدرجة الفقدان السمعي.

ويعترض بعض المختصين على اعتماد أي تصنيف من التصنيفات السابقة على نحو مطلق، فنظرا لكون تلك التعريفات تتعامل مع الأحداث المختلفة التي يُعد من الصعب قياسها، فإن هذه التعريفات

بالتالي لن تكون دقيقة. وعلى هذا الأساس يفضل ألا نتسرع في تكوين آراء حول قدرة الفرد على السمع والكلام بناء على فقدانه السمعي. وإذا ما نظرنا إلى ما يرتبط بالتعريف من أفكار مختلفة فإنه يبدو من المهم أن نؤكد على ما سبق وأشار إليه لين وآخرون (1996) .Lane et.al من وجود شعور متزايد بين الصم على أنه ينبغي ألا ينظر إلى الصمم على أنه إعاقة، فهم يرون أن الصمم يؤدي إلى أن يصبح الفرد معوقاً فقط فيما يتعلق باكتساب اللغة المميزة لتلك الثقافة التي ينتمي إليها ذلك الفرد كاللغة الإنجليزية في الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال. هذا وقد لاحظ المؤيدون لوجهة النظر تلك كما أشار أندرسون (1994) Anderson إلى أن الصمم لا يمنع الفرد من تعلم لغة الإشارة. كما أنهم يعترضون فضلاً عن ذلك على استخدام بعض المسميات مثل الصمم قبل اللغوي، والصمم بعد اللغوي لأنها تعتمد على اللغة المنطوقة كأساس في ذلك. أما المناوئون لذلك فيرون أننا بدلاً من أن نَعد هؤلاء الأفراد الصم معوقين فإننا ينبغي أن ننظر إليهم على أنهم أقلية ثقافية لهم لغتهم الخاصة التي يستخدمونها في سبيل تحقيق التواصل والتي تتمثل في لغة الإشارة رغم أنها قد تختلف إلى حد كبير من قطر إلى آخر.

وسوف نتناول في موضع لاحق من الفصل الحالي بصورة أكثر دقة ما يتعلق بلغة الإشارة كلغة رئيسة (لغة أم) إلى جانب طبيعة ثقافة الصم وهدفها. أما الآن فسنكتفي بالإشارة إلى تلك التحديات التي تثار أمام فكرة اعتبار الصمم إعاقة حقيقية حتى يتسنى لنا أن نفهم مثل هذه التحديات وأن ندركها بصورة ملائمة كي نتمكن من مواجهتها.

نسبة الانتشار Prevalence :

من الجدير بالذكر أن التقديرات الخاصة بأعداد الأطفال الصم وضعاف السمع تتباين بدرجة كبيرة. كما أن هناك عوامل معينة مثل الفروق التي تتعلق بالتعريف المستخدم، والمجتمع الذي أخذت منه العينات التي تم إجراء الدراسات المختلفة عليها، ومدى دقة وملاءمة الاختبارات المستخدمة تسهم بدرجة كبيرة في تباين تلك الأرقام التي يتم التوصل إليها. والجدير بالذكر أن تلك الإحصائيات الموجودة لدى وزارة التربية الأمريكية توضح أن حوالي (0.14%) تقريباً من أفراد المجتمع الذين تتراوح أعمارهم بين (6-17) سنة يتم اعتبارهم من جانب المدارس العامة التي يلتحقون بها وينتظمون فيها إما صماً أو ضعاف السمع، وذلك على الرغم من عدم إصدار وزارة التربية الأمريكية لتقارير معينة تتضمن أعداداً محددة لهاتين الفئتين وذلك بصورة دقيقة. ويعتقد البعض أن العديد من الأطفال ضعاف سمع الذين يمكنهم أن يستفيدوا من خدمات التربية الخاصة لا يتلقون مثل هذه الخدمات في الأساس.

تشريح وفسيولوجيا الأذن :

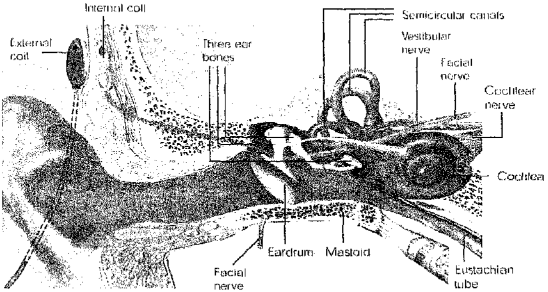
تعد الأذن بمثابة أحد أكثر أعضاء الجسم تعقيداً، وتضم عدداً كبيراً من الأجزاء الصغيرة أو الدقيقة التي تُعد هي العناصر المؤلفة لها. وتنقسم تلك العناصر المتعددة التي تكوّن ميكانيزم السمع في الواقع إلى ثلاثة أقسام رئيسة هي:

1- الأذن الخارجية.

2- الأذن الوسطى.

3- الأذن الداخلية.

وتُعد الأذن الخارجية هي أقل هذه الأقسام الثلاثة تعقيداً، وأقلها أهمية بالنسبة للسمع في حين تعد الأذن الداخلية هي الأكثر تعقيداً، والأكثر أهمية بالنسبة للسمع. ويوضح الشكل الآتي هذه الأقسام الثلاثة للأذن.



تشريح الأذن

الأذن الخارجية Outer Ear:

تتكون الأذن الخارجية من الصيوان Auricle والقناة السمعية الخارجية الأذن-Tympanic Mem brane التي تنتهي بطبلة Ear Drum ، التي تمثل حداً فاصلاً بين كل من الأذن الخارجية والأذن الوسطى. ويُعد الصيوان جزءاً من الأذن يوجد على جانبي الرأس على شكل بوق، ويعمل على تجميع الصوت وإرساله عبر القناة السمعية الخارجية إلى طبلة الأذن التي تهتز بدورها مع وصول الصوت إليها، وترسل الموجات الصوتية بالتالي إلى الأذن الوسطى. وبذلك فإن الأذن الخارجية تلعب دوراً محدوداً نسبياً في نقل الصوت حيث تقوم كما أوضحنا بنقله إلى الأذن الوسطى أي أنها بناء على ذلك تقوم بتجميع الأصوات وتركيزها، وإرسال الموجات الصوتية إلى الأذن الوسطى.

الأذن الوسطى Middle Ear:

تكون الأذن الوسطى القسم الثاني من أقسام الأذن، وتصل بين الأذن الخارجية والأذن الداخلية. وتضم الأذن الوسطى طبلة الأذن، وثلاث عظيمات دقيقة جداً Ossicles توجد في وسط فراغ ممتلئ بالهواء، وتلعب دوراً مهماً في عملية السمع، وتسمى :

1- العظم المطرقي أو المطرقة Malleus, Hammer

2- عظم السندان أو السندان Incus, Anvil

3- العظم الركابي أو الركاب Stirrup Stapes

وتعمل السلسلة المؤلفة من هذه العظيمات الثلاث على توصيل اهتزازات طبلة الأذن إلى النافذة البيضاوية Oval Window التي تربط بين كل من الأذن الوسطى والأذن الداخلية. ومن ثم فإن وظيفة هذه العظيمات الثلاث تتمثل في التحويل الفعال للطاقة من ذلك التجويف المملوء بالهواء والموجود بالأذن الوسطى إلى الأذن الداخلية المليئة بالسائل.

الأذن الداخلية Inner Ear:

تصل الأذن الداخلية في حجمها إلى حجم حبة البازلاء، وهي عبارة عن ميكانيزم معقد يضم آلاف الأجزاء المتحركة. ونظراً لأن هذا الجزء من الأذن يشبه المتاهة، ويتسم بدرجة عالية من التعقيد فإنه غالباً ما يطلق عليه اسم الدهليز Labyrinth. هذا وتنقسم الأذن الداخلية إلى قسمين طبقاً للوظيفة التي يؤديها كل منهما وإن كانا لا يؤديان وظيفتهما بمعزل عن بعضهما البعض. وهذان القسمان هما:

1- الدهليز أو التيه الدهليزي Vestibular

2- قوقعة الأذن أو القوقعة Cochlea

يوجد الدهليز أو التيه الدهليزي في الجزء العلوي من الأذن الداخلية، ويُعد هو المسؤول عن الشعور بالتوازن. كما يتسم بحساسيته المفرطة لبعض المهارات كالسرعة والتسارع، وحركة الرأس، ووضع الرأس. ويتم تغذية المخ بالمعلومات التي تتعلق بالحركة عن طريق العصب الدهليزي وهو ما يعرف بالعصب السمعي أو العصب الثامن. ومن ناحية أخرى تُعد القوقعة هي أهم عضو من أعضاء السمع، وتوجد أسفل الدهليز، وتتألف من تلك الشعيرات التي تعد ضرورية لتحويل الحركة الميكانيكية القادمة إليها من الأذن الوسطى إلى إشارات كهربائية يتم نقلها إلى المخ. فبالنسبة للأذن العادية نلاحظ أن الصوت يجعل المطرقة والسندان والركاب بالأذن الوسطى تتحرك، وعندما تتحرك عظمة الركاب فإنها تدفع النافذة البيضاوية للداخل والخارج مما يجعل السائل الموجود بالقوقعة في الأذن الداخلية يتحرك، وتؤدي حركة هذا السائل بالتالي إلى حدوث سلسلة معقدة من الأحداث في القوقعة مما يؤدي إلى إثارة العصب السمعي، ومن ثم يتم إرسال نبضات كهربائية إلى المخ حيث يتم تفسيرها، فيتم بالتالي سماع الصوت وتمييزه على أثر ذلك.

قياس القدرة على السمع:

من الجدير بالذكر أنه توجد في واقع الأمر أربعة طرق مختلفة للقياس السمعي يمكن في ضوئها تحديد مدى قدرة الفرد على السمع من ناحية، والتعرف على درجة الفقدان السمعي من ناحية أخرى. وتتمثل هذه الأنماط فيما يلي:

1- اختبارات الفرز والتصفية.

2- القياس السمعي لمدى نقاء الصوت Pure- Tone

3- القياس السمعي للكلام.

4- اختبارات خاصة بالأطفال الأصغر سناً.

ولقياس القدرة على السمع فإن أخصائي السمع Audiologist قد يختار لتطبيق ذلك أيّ من الاختبارات السابقة أوكلها، وذلك بناء على خصائص المفحوص والهدف من القياس.

اختبارات المسح ScreeningTests،

توجد اختبارات فرز وتصفية للأطفال الرضع، وكذلك للأطفال في سن المدرسة. وقد لجأت أكثر من نصف الولايات بأمريكا في الوقت الراهن إلى إجراء بعض التعديلات في اختبارات المسح لأولئك الأطفال حديثي الولادة. هذا وتتضمن تلك الاختبارات استخدام تكنولوجيا الكمبيوتر، وقياس تلك الأصوات الدقيقة التي تقوم القوقعة باستقبالها بعد إثارتها بمثيرات سمعية، ومن ثم إرسالها على هيئة أصوات منخفضة الحدة. حيث يرى كامبل وديريك Campbell & Derrick (2001) أن تلك الأصوات التي تقوم القوقعة بإرسالها تعرف باسم الأصوات السمعية الأذنيةOtoacoustic Emissions وتعد في ذات الوقت بمثابة مقياس يمكننا من خلاله أن نتعرف على الآلية التي تؤدي القوقعة بها وظائفها.

ومن المعروف أن هناك اختبارات فرز وتصفية روتينية تتبعها العديد من المدارس وذلك في الصفوف الأولى من المرحلة الابتدائية. وعادة ما يتم تطبيق اختبارات الفرز والتصفية هذه إما بطريقة فردية أو جماعية. إلا أن هذه الاختبارات وخاصة ما يتم تطبيقها على نحو جماعي تتسم بأنها تعد أقل دقة من تلك الاختبارات التي يتم تطبيقها بطريقة فردية في عيادة أخصائي السمع. وعندما تكشف مثل هذه الاختبارات عن احتمال وجود مشكلات معينة تتعلق بالسمع لدى بعض الأطفال يتم على الفور تحويلهم إلى العيادة وذلك لإجراء مزيد من التقييم لهم.

القياس السمعي لمدى نقاء الصوت Pure- Tone Audiometry،

يتم تصميم هذا النمط من أنماط القياس السمعي لتحديد عتبة السمع الخاصة بالفرد وذلك عند مجموعة من الترددات المختلفة علماً بأن التردد يقاس بوحدة الهرتز Hz وهو ما يعرف بعدد الذبذبات في الوحدة الزمنية للموجة الصوتية حيث تزداد نغمة الصوت بزيادة الذبذبات، وتقل كلما قلت تلك الذبذبات. أما عتبة السمع بالنسبة للفرد فهي ذلك المستوى الذي يستطيع عنده الفرد سماع الصوت، وهو بذلك يشير إلى تلك الشدة التي يجب أن يكون الصوت عليها قبل أن يسمعه الفرد أو يكتشفه. وكما أشرنا آنفاً فإن حساسية الفرد للصوت أو مدى شدة ذلك الصوت تقاس بالديسيبل.

ويقوم الأخصائي في سبيل التعرف على مدى نقاء الصوت بتقديم أصوات ذات درجات متباينة من الشدة والارتفاع للطفل أي من مستويات مختلفة من ارتفاعها النسبي بالديسبل وذلك عند ترددات أو نغمات متباينة بالهيرز Hz . وعادة ما يهتم أخصائي السمع بقياس حساسية الفرد لتلك الأصوات

التي تتراوح في شدتها بين (صفر - 110) ديسيبل. ويمكن لذلك الفرد الذي يتمتع بقدرة عادية على السمع أن يسمع الأصوات عند مستوى (صفر) ديسيبل وهو ذلك المستوى الذي عادة ما يعرف بأنه المستوى الصفري لعتبة السمع Zero Hearing- Threshold Level (HTL) أو القياس السمعي الصفري Audiometric zero . ونظراً لأن مقياس الديسيبل يقوم على النسب فإن كل زيادة مقدارها (10) ديسيبل تتضاعف بمقدار عشر مرات في مستوى الصوت، وهذا يعني بطبيعة الحال أن (20) ديسيبل تزيد في شدتها بمقدار مائة مرة عن ذلك الصوت الذي يبلغ في الواقع (10) ديسيبل، وأن ذلك الصوت الذي يبلغ (30) ديسيبل يزيد بمقدار ألف مرة في شدته عن ذلك الصوت الذي يبلغ (10) ديسيبل. ويرى سكيرمر (2001) Schirmer أنه بينما يسجل صوت تطاير ورقة النبات في الرياح حوالي صفر ديسيبل فإن معظم أصوات الكلام تتراوح في الواقع بين (20-55) ديسيبل، وأن الصوت الصادر عن جزازة العشب يصل في شدته إلى حوالي (100) ديسيبل. أما وحدة الهرتز على الجانب الآخر فإنها عادة ما تقاس من (125) هرتز للنغمة المنخفضة إلى (8000) هرتز للنغمة العالية. في حين تتراوح تلك الترددات المتضمنة في الكلام من (80-8000) هرتز، إلا أن معظم أصوات الكلام في الواقع تتراوح في شدتها بين (500-2000) هرتز.

ومع قيام أخصائي السمع بفحص كل أذن على حدة فإنه يلجأ إلى العديد من المثيرات الصوتية التي تتراوح في شدتها بين (صفر- 110) ديسيبل، وبين (125 - 8000) هرتز حتى يحدد مستوى الحدة dB الذي يسمع الفرد عنده الصوت Tone وذلك عند عدد من الترددات تتضاعف باستمرار هي: 125، 250، 500، 1000، 2000، 4000، 8000 هرتز، ويتم عند كل تردد قياس درجة الفقدان السمعي. وإذا ما كان الفرد يفقد السمع بمقدار (50) ديسيبل عند (500) هرتز على سبيل المثال فإن ذلك يعني أن هذا الفرد بإمكانه أن يكتشف ذلك الصوت الذي يبلغ تردده (500) هرتز عندما يقدم إليه عند مستوى شدة مقداره (50) ديسيبل وذلك في الوقت الذي يمكن للشخص العادي أن يكتشفه عند مستوى (صفر) ديسيبل.

القياس السمعي للكلامSpeech Audiometry:

نظراً لأن القدرة على فهم الكلام لها أهميتها الجوهرية فقد تم تصميم أسلوب يسمى بالقياس السمعي للكلام حتى يتم قياس استقبال الفرد للكلام وفهمه له. وتُعد عتبة استقبال الكلام Speech ReceptionThreshold بمثابة مستوى الشدة الذي يمكن للفرد عنده أن يسمع الكلام جيداً، ويعيه، ويفهمه. ومن أهم الأساليب التي تستخدم لقياس عتبة استقبال الكلام فحص كل أذن على حدة باستخدام قائمة كلمات مكوّنة من مقطعين نقرأها على الطفل وهو يضع يده على إحدى أذنيه، ثم الأخرى، وهكذا. ويُعد مستوى الشدة الذي يستطيع الفرد عنده أن يفهم نصف هذه الكلمات هو عتبة استقبال الكلام لدى الفرد.

أهمية القياس السمعي المبكر للأطفال بالمدرسة في كشف ما يعانونه من مشكلات سميعة بسيطة

المقاييس التي تستخدم مع الأطفال الأصغر سناً والأطفال الذين يصعب فحصهم:

هناك افتراض أساسي لمدى نقاء الصوت والقياس السمعي للكلام مؤداه أن أولئك الأفراد الذين يتم فحصهم يفهمون ما نتوقعه منهم، ومن ثم فإنهم يجب أن يكونوا قادرين على فهم التعليمات، وأن يوضحوا عن طريق هز الرأس أو رفع الإصبع أو اليد أنهم قد سمعوا الصوت أو الكلمة. ومن ثم فإنه يمكننا أن نستخدم أياً من هذه الإجراءات مع أولئك الأطفال الأصغر سناً وخاصة من تقل أعمارهم عن أربعة أعوام تقريباً، أو مع أولئك الأطفال الذين يعانون في الواقع من إعاقات معينة.

هذا ويستخدم أخصائي قياس السمع عدداً من الأساليب المختلفة لقياس السمع لدى الأطفال الأصغر سناً والأطفال الذي يصعب فحصهم Hard- to- Test Children فيستخدم بعض هؤلاء الأخصائيين على سبيل المثال تلك الاختبارات الخاصة بإصدار الأصوات من القوقعة، في حين يستخدم غيرهم القياس السمعي من خلال اللعب Play Audiometry حيث يتم ذلك عن طريق استخدام الأخصائي للعبة تصدر أصوات نقية ذلك لتعليم الطفل أداء مختلف الأنشطة وذلك عند سماعه إشارة معينة. وقد تم اختيار وتصميم تلك الأنشطة بحيث تكون جذابة بالنسبة لأولئك الأطفال الأصغر سناً، فقد نطلب من الطفل على سبيل المثال أن يلتقط أحد المكعبات، أو يمسك بلعبة معينة، أو يفتح كتاباً معيناً . أما بالنسبة لقياس ضغط الهواء على طبلة الأذن Tympanometry فيتم وضع شريط ذي طرف مطاطي في الأذن مع غلق قناة الأذن، ثم تقاس آثار الضغط والصوت في سبيل التعرف على الأداء الوظيفي للأذن الوسطى . وفضلاً عن ذلك هناك أسلوب آخر يسمى القياس السمعي للاستجابات المثارة من جذع المخ يتضمن قياس تلك التغيرات التي تنتاب النشاط الموجي بالمخ وذلك باستخدام الرسم الكهربائي لاستجابة الفرد للتنبيه السمعيElectroenc ephalo graph EEG حيث تؤدي كل الأصوات التي يسمعها الفرد إلى حدوث إشارة كهربائية بالمخ. وقد أصبحت هذه الطريقة أكثر استخداما، وأكثر شيوعاً وانتشاراً مع تطور الحاسبات المعقدة. هذا

ويمكن فحص الطفل دون معرفته وإدراكه باستخدام القياس السمعي للاستجابات المثارة من جذع المخ أثناء نوم الطفل أوسكونه.

أسباب الإعاقة السمعية Causes:

من الجدير بالذكر أن هناك العديد من الأسباب التي عادة ما يكون من شأنها أن تؤدي في واقع الأمر إلى حدوث الإعاقة السمعية لدى الفرد سواء تمثل ذلك في فقدان السمع أو حتى في ضعف السمع لديه . وهناك آراء تنادي بأن يتم تناول مثل هذه الأسباب وفقاً لمكان الإصابة في الجهاز السمعي والتي قد تؤدي إلى حدوث مشكلة معينة به. وسوف نتناول تلك الأسباب المؤدية إلى مثل هذه الإعاقة على النحو الآتي:

فقدان السمع التوصيلي، والحس عصبي، والمركب أو المختلط:

يصنف المختصون أسباب الإعاقة السمعية على أساس مكان الإصابة في الجهاز السمعي. ووفقاً لذلك هناك ثلاثة تصنيفات رئيسة لفقدان السمع هي:

1- فقدان السمع التوصيلي Conductive Hearing Impairnut.

2- فقدان السمع الحس عصبي Sensorinural Hearing Impairmuent.

3- فقدان السمع المركب أو المختلط Mixed Hearing Impairment.

وهناك من يرى وجود فئة رابعة أو تصنيف رابع إلى جانب هذه التصنيفات الثلاثة هو فقدان السمع المركزي. ويشير فقدان السمع التوصيلي إلى وجود مشكلات في نقل الصوت على امتداد المسار التوصيلي للأذن الوسطى أو الخارجية، بينما يتضمن فقدان السمع الحسي عصبي مشكلات في الأذن الداخلية، أما فقدان السمع المختلط أو المركب فيشير إلى وجود مشكلات في جميع أجزاء الأذن (الخارجية والوسطى والداخلية). ويحاول أخصائي قياس السمع أن يحدد موضع الخلل في الأداء الوظيفي حتى يتمكن من تحديد نوع فقدان السمع الذي تتمثل أول مؤشراته في تحديد مدى شدته، وإن كانت القاعدة العامة ترى أن فقدان السمع الذي يزيد عن (60) أو (70) ديسيبل إنما يتضمن بعض مشكلات في الأذن الداخلية. هذا ويستخدم الأخصائي النتائج الخاصة بفحص مدى نقاء الصوت لتحديد مكان الإصابة بفقدان السمع وذلك عن طريق تحويل النتائج إلى جهاز قياس السمع Audiogram الذي يقوم بتحديد نوع الفقدان السمعي عن طريق تمثيل مستوى حدة أضعف صوت يمكن للفرد أن يسمعه في كل مستوى من مستويات التردد الصوتي المتعددة بواسطة الرسم البياني.

فقدان السمع والأذن الخارجية:

على الرغم من أن المشكلات التي ترتبط بالأذن الخارجية لا تعد في الواقع بنفس درجة خطورة تلك المشكلات التي تتعلق بالأذن الوسطى أو الداخلية، إلا أن هناك العديد من الحالات التي تتعلق

بالأذن الخارجية والتي يمكن لها أن تجعل الفرد ضعيف السمع، فقد لا تتكون قناة الأذن الخارجية لدى بعض الأطفال على سبيل المثال وهو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث حالة تعرف بعدم وجود قناة الأذن Atresia، وقد يتعرض الأطفال بجانب ذلك أيضاً إلى التهاب القناة السمعية External Otitis وهو ما يطلق البعض عليه أذن السبّاح Swimmer`s Ear والذي يعد بمثابة عدوى تصيب جلد قناة الأذن الخارجية، كما تعدّ الأورام التي قد تتعرض لها القناة السمعية الخارجية بمثابة مصدر آخر لفقد السمع، وتُعد هذه الحالات أمثلة للإعاقات التي يمكن أن تشهدها الأذن الخارجية.

فقدان السمع والأذن الوسطى:

بالرغم من أن ذلك الخلل الذي قد تتعرض له الأذن الوسطى يُعد أكثر خطراً من تلك المشكلات التي تلحق بالأذن الخارجية فإنها عادة ما تؤدي بالفرد إلى أن يصبح ضعيف سمع وليس أصماً. ومن الجدير بالذكر أن معظم حالات فقدان السمع التي تصيب الأذن الوسطى تحدث بسبب إعاقة الحركة الميكانيكية للعظيمات الثلاث (المطرقة- السندان- الركاب) بطريقة ما. وعلى العكس من تلك المشكلات التي تتعرض لها الأذن الداخلية فإن معظم حالات فقدان السمع التي تصيب الأذن الوسطى عادة ما يمكن علاجها غالبا عن طريق التدخل الطبي أو الجراحي، وغالباً ما تكون النتائج فرضية إلى حد كبير.

ويُعد التهاب الأذن الوسطى Otitis Media هو أكثر الأمراض شيوعا، ويعدّ بمثابة عدوى تصيب ذلك الفراغ الذي يوجد بالأذن الوسطى بسبب عوامل فيروسية، أو بكتيرية، أو عوامل أخرى. ويعد هذا الالتهاب كما يرى سكيرمر (2001) Schirmer هو السبب الأساسي لشكوى الأطفال الذين تقل أعمارهم عن (6) سنوات وهو في الغالب سبب ترددهم على الطبيب. هذا ويرتبط التهاب الأذن الوسطى بالأداء الوظيفي غير الطبيعي لقناة استاكيوس Eustachian Tube فإذا ما حدث خلل في الأداء الوظيفي لقناة استاكيوس بسبب عدوى فيروسية بالجهاز التنفسي على سبيل المثال فإنه لن يكون بمقدورها القيام بوظيفتها في تهوية الأذن الوسطى، وتجفيفها، وحمايتها من العدوى. ويمكن أن يؤدي التهاب الأذن الوسطى إلى حدوث فقدان سمع توصيلي مؤقت، قد يتطور إذا لم يتم علاجه ويؤدي بالتالي إلى حدوث تمزق في الطبلة.

فقدان السمع والأذن الداخلية:

يُعد فقدان السمع الذي يرتبط بالأذن الداخلية هو الأكثر حدة من بين أنواع فقدان السمع عامة. ويمكن للشخص الذي يعاني من فقدان سمع ذا علاقة بالأذن الوسطى أن يتعرض لمشكلات في حساسيته للسمع إلى جانب مشكلات إضافية أخرى كتشوه الأصوات مثلاً، أو مشكلات التوازن، أو الشعور بالدوار والطنين في الأذن.

ويمكن أن تكون أسباب اضطرابات الأذن الوسطى وراثية أو مكتسبة وإن كانت العوامل الوراثية تُعد سبباً رئيساً للصمم بين الأطفال. ويتضمن فقدان السمع المكتسب بالأذن الداخلية تلك الحالات التي ترجع إلى الإصابات البكتيرية كالتهاب السحايا Meningitis الذي يعد هو ثاني أكثر أسباب

الصمم انتشاراً بين الأطفال على سبيل المثال. كما قد يتضمن أيضاً الولادات المبتسرة، والإصابات الفيروسية كالغدة النكافية والحصبة، والاختناق أثناء الولادة، والعدوى التي تتعرض الأم الحامل لها كالحصبة الألمانية، والزهري، والهربز، والفيروس المضخم للخلايا إلى جانب عوامل أخرى مثل عدم تماثل العامل الريزيسي Rh ، وإصابات الدماغ، وبعض الآثار الجانبية لبعض المضادات الحيوية، ومستويات الضوضاء العالية.

وهناك حالتان من الحالات السابقة تعدان هما الأكثر انتشاراً فيما يتعلق بحدوث تلك الإعاقة هما الفيروس المضخم للخلايا، والهربز. وقد أسفرت نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا الإطار كما يرى هوتشينسون وساندال (1995) Hutchinson &Sandall أن الهربز يحدث بمعدل (1-2%) تقريباً للأطفال حديثي الولادة. أما الفيروس المضخم للخلايا على الجانب الآخر فيمكن أن يؤدي إلى العديد من الحالات الأخرى كالتخلف العقلي، والإعاقة البصرية فضلاً عن فقدان السمع. وإضافة إلى ذلك فإن التعرض المتكرر أو المستمر لبعض المثيرات الصوتية كالموسيقى الصاخبة، والأعيرة النارية، وأصوات الآلات من شأنه أن يؤدي إلى فقدان سمعي تدريجي أو مفاجئ.

الخصائص النفسية والسلوكية للصم وضعاف السمع

Psyhological and Bahavioral Characteristics:

يمكن أن تترتب على فقدان السمع آثار حادة على بعض الخصائص السلوكية للفرد في حين قد تكون هناك آثاراً ضئيلة على بعض الخصائص الأخرى، كما قد لا توجد أي آثار تذكر على الخصائص المتبقية. وإذا ما حاولنا التفكير بالنتائج المحتملة إن أجبرنا على الاختيار بين أن تكون صماً أو مكفوفي البصر فإننا سوف نجد أن هناك نسبة كبيرة من الأفراد سوف يختاروا أن يصبحوا صماً أي أنهم سوف يختاروا الصمم في تلك الحالة، ومن المحتمل أن يرجع ذلك إلى أننا نعتمد على حاسة البصر بصفة أساسية في الحركة، وأن معظم الأشياء من حولنا تعتمد على حاسة البصر. أما فيما يتعلق بالأداء الوظيفي في مجتمع يستخدم اللغة -سواء كان يستخدم اللغة الإنجليزية أو غيرها- فسوف نجد من هذا المنطلق أن الشخص الأصم يفتقر إلى تلك الخاصية التي توجد لدى قرينه الكفيف الذي يستطيع أن يسمع تلك اللغة ويتواصل لغويا مع غيره من الأفراد.

اللغة وتطور الكلام Spoken Language and Speech Develement :

يعد فهم اللغة وإصدار الأصوات والكلمات أي جانبا اللغة التعبيري والاستقبالي هما أكثر جوانب نمو الفرد تأثراً بفقدان السمع، الأمر الذي يجعل الأفراد الصم وضعاف السمع يعانون على نحو عام من قصور في اللغة التي يستخدمها السامعون في ذلك المجتمع الذي يعيشون فيه. ويُعد التمييز بينهما أمراً مهماً نظراً لأن الصم وضعاف السمع يمكنهم أن يكونوا خبراء في ذلك الشكل اللغوي الذي يستخدمونه أي في تلك اللغة الخاصة بهم، لدرجة أن العديد من أولئك الأفراد الذين يستخدمون لغة الإشارة الأمريكية ASL يستخدمون ويفهمون لغة رئيسة. وفضلاً عن ذلك فإن أولئك الأطفال الصم يصلون في نموهم اللغوي وذلك بالنسبة للغة الإشارة إلى نفس المستويات والمحددات والأحداث المهمة Milestones التي يصل إليها أقرانهم السامعين بالنسبة للغة المنطوقة التي

يستخدمونها أي أن هناك مستويات ومحددات رئيسة معينة يصل إليها الأطفال في نموهم اللغوي سواء استخدموا تلك اللغة العادية التي يستخدمها العاديون أو كانوا صماً واستخدموا بالتالي لغة الإشارة السائدة في مجتمعهم، بحيث نجدهم كما يرى لين وآخرون Lane et.al. (1996) أن الأطفال يكتسبون كلماتهم الأولى في الفترة من (12-18) شهراً من العمر، ويكتسبون العبارات التي تتألف من كلمتين في الفترة من (18-22) شهراً من عمرهم.

أما فيما يتعلق باللغة المنطوقة التي يتحدث بها السامعون في المجتمع سواء كانت تلك اللغة هي الإنجليزية أو غيرها فإننا نجد في واقع الأمر أن هناك حقيقة لا يمكن أن ننكرها تتمثل في أن أولئك الأفراد الذين يعانون من فقدان سمعي إنما يواجهون قصوراً واضحاً فيما يتعلق بفهم وإنتاج اللغة والكلام واستخدامها. كما أن مدى وضوح الكلام كما يرى ولك وسكيلدروث Wolk (1986) &Schildroth يرتبط من جانب آخر ارتباطاً وثيقاً بدرجة فقدان السمع بحيث نجد أن حوالي (75%) تقريباً من أولئك الأطفال الذين يعانون من الصمم الحاد يعد كلامهم غير واضح أبدا، في حين نجد أن أقل من (14%) تقريباً فقط من أولئك الذين يقل فقدانهم السمعي عن المستوى الحاد يكون كلامهم غير واضح أيضاً.

وفضلاً عن ذلك فإنه من الأكثر صعوبة بالنسبة لأولئك الأطفال الذين يعانون من الصمم قبل تعلم اللغة أن يتعلموا التحدث باللغة وذلك قياساً بأقرانهم من الأطفال الذين يعانون من الصمم بعد تعلم اللغة، إذ أن أولئك الأطفال الذين يتمكنون من سماع أصواتهم وأصوات الراشدين المحيطين بهم وذلك قبل أن يصابوا بالصمم يعدون متميزين عن أقرانهم الذين يولدون صماً. ومن المعروف أن أولئك الأطفال الذين يولدون صماً يمرون بنفس المراحل اللغوية كالمناغاة وإصدار الأصوات المبهمة التي يمر بها أقرانهم السامعون، إلا أن مناغاتهم تختلف في نوعها عن أقرانهم السامعين اختلافا واضحا، كما تبدأ تلك المناغاة بالتناقص في حوالي الشهر الثامن من عمرهم. ومن المعتقد أن مثل هذه الفروق تحدث نظراً لما يلقاه الأطفال السامعون من تعزيز عن طريق سماع أصواتهم التي يصدرونها، وسماع الاستجابات اللفظية للراشدين، أما أولئك الأطفال الذين لا يتمكنون من سماع أنفسهم أو الآخرين فلا يتم حصولهم على أي تعزيز لأصواتهم.

ومن ناحية أخرى فإن نقص التغذية الراجعة يعد كذلك سبباً رئيساً للقصور اللغوي لدى الأطفال الصم حيث أنه عادة ما تعاق عملية تعلم أولئك الأطفال القيام بربط تلك الإحساسات التي يستقبلونها عندما يحركون فكهم، وأفواههم، وألسنتهم مع تلك الأصوات التي يتم إصدارها من جراء مثل هذه الحركات. وإضافة إلى ذلك يعيش هؤلاء الأطفال أوقات عصيبة وهم يسمعون أصوات الراشدين التي يسمعها أقرانهم العاديين ويقومون بتقليدها في الوقت ذاته. ونتيجة لذلك لا يقترب الأطفال الصم من تلك النماذج التي يقدمها الراشدون للغة المنطوقة.

هذا ويعرض الجدول التالي لأمثلة عامة من التأثيرات المتباينة للدرجات المختلفة من فقدان السمع على النمو اللغوي وخاصة نمو اللغة الإنجليزية. ونظراً لأن العديد من العوامل تتفاعل لتؤثر في النمو اللغوي للطفل فاقد السمع فإن مثل هذه التأثيرات تصبح بمثابة تقرير عام حول تلك العلاقة التي تنشأ آنذاك.

جدول 8-1 درجات فقدان السمع وتأثيرها على التواصل

مستوى السمع	التصنيف	التأثير على التواصل
أقل من (10-15) ديسيبل	سمع عادي	لا يوجد أي تأثير سلبي في التواصل.
(16-25) ديسيبل	فقدان سمعي طفيف	لا يجد الفرد أي صعوبة لإدراك الصوت في البيئات الهادئة، ولكنه يجد صعوبة لإدراك الأصوات الخافتة في البيئات الصاخبة.
(26-40) ديسيبل	فقدان سمعي بسيط	لا يجد الطفل أي صعوبة للتواصل في البيئة الهادئة، وإذا كانت موضوعات المحادثة مألوفه لديه والمفردات اللغوية المستخدمة محدودة. أما الكلام الخافت على مسافة بعيدة نوعاً ما من الفرد يصعب عليه سماعه حتى وإن كانت تلك البيئة التي تتم المحادثة فيها هادئة. ولذا يجد الطفل صعوبة في متابعة المناقشات التي تتم داخل الفصل.
(41-55) ديسيبل	فقدان سمعي متوسط	يستطيع للفرد سماع المحادثات من مسافة قريبة جداً منه فقط، أما الأنشطة الجماعية مثل المناقشات التي تجري داخل الفصل فتمثل تحدياً كبيراً له في سبيل تحقيق التواصل.
(56-70) ديسيبل	فقدان سمعي متوسط إلى شديد	يستطيع للفرد أن يسمع الأصوات المرتفعة فقط بالإضافة إلى الكلام الواضح الذي تتضمنه المحادثة، لذا فهو يجد صعوبة كبيرة في المواقف الجماعية، فعلى الرغم من وضوح كلامه إلا أنه يبدو مضطربا في الغالب.
(71-90) ديسيبل	فقدان سمعي شديد	لا يمكن للفرد سماع المحادثة العادية إلا أن كان الصوت مرتفعاً، ومع ذلك فهو لا يستطيع إدراك العديد من الكلمات. ومع أنه قد يتمكن من سماع بعض الأصوات إلا أنه لا يتمكن من تحديدها والتعرف إليها، كما أن كلامه لا يكون واضحاً.
(91) ديسيبل فأكثر	فقدان سمعي حاد	قد يسمع الفرد بعض الأصوات المرتفعة ولكنه لا يتمكن مطلقاً من سماع تلك الأصوات التي تتضمنها المحادثة، وبالتالي يعتمد على حاسة البصر كوسيلة أساسية للتواصل، أما بالنسبة للغته المنطوقة فتكون غير مفهومة على الرغم مما شهدته من تطور ونمو.

لغة الإشارة Sign Language:

بالرغم من أن الأطفال الصم يواجهون عواقب شديدة في تعلم اللغة اللفظية، إلا أنه يمكنهم تعلم لغة الإشارة بسهولة إذا ما تعرضوا لها. وعلى الرغم مما عانته لغة الإشارة من بعض الاعتقادات

الخاطئة على مر العصور بما فيها الاعتقاد بأنها لغة غير حقيقة، فالتمثيل المرئي للغة المنطوقة كان جزء من تحدي عمل عالم اللغويات (وليم ستوكو) في جامعة جالودت والذي قدمه على نحو مماثل لعلم الصوتيات (الفونيميات) للغة الإنجليزية فكل إشارة من إشارات اللغة الأمريكية (ASL) تتكون من 3 أجزاء: شكل اليد، مكانها، وحركتها وعلى الرغم من تعرض (ستوكو) إلى سخرية زملائه، إلا أن البحوث أثبتت أن لغة الإشارة هي لغة حقيقية.

قواعد الإشارة المعقدة:

استمرت البحوث على متابعة الأبحاث التي قام بها ستوكو (1960) عن قواعد لغة الإشارة مع اثبات صعوبتها وتعقيداتها. والتي أشارت إلى أن لغة الإشارة شبيهة باللغة اللفظية المنطوقة (الكلام)، من حيث البناء القاعدي والذي يظهر في مستوى الجمل (بناء الكلمة syntax) مع الكلمة أو مستوى الإشارة والذي يظهر أيضاً في شكل اليدين، وموقعها وحركتها فلغة الإشارة معقدة كاللغة المنطوقة.

لغة الإشارة غير العالمية:

تناقضت الآراء حول أن لغة الإشارة لغة عالمية. فمن المتعارف عليه إلى أن انفصال واختلاف الجغرافيا والثقافات موجود في اللغات المختلفة. فعلى سبيل المثال، الصم الفرنسيون يتواصلون بلغة الإشارة الفرنسية، والذين يتواجدون في أمريكا يتواصلون بلغة الإشارة الأمريكيةASL فالشخص الأصم عندما يزور بلداً أجنبية يكون لديه صعوبة في التواصل مع الآخرين (الصم) كما هو صعب مع الأشخاص السامعين. هذا لأن لغة الإشارة مثل اللغة المنطوقة، تتطور مع مرور الوقت مع الاستخدام والممارسة. ومن وجهة نظر أخرى أن لغة الإشارة لم يخترعها شخص أو مجتمع أشخاص.

ففي القرن الثامن عشر، كان يطلق على رجل الدين (شارلز – مايكل دي اب) بأنه والد لغة الإشارة. ولذا يعتقد الآخرين أن (أم دي إب) هو من اخترع لغة الإشارة. لكنه هو من روج لاستخدام لغة الإشارة الفرنسية، التي كانت موجودة في مجتمع الصم. وهذا لا يقلل من تأثيره العميق في نشر الوعي باستخدام لغة الإشارة في تعليم الطلاب ذوي الإعاقة السمعية.

تحققت بعض الدراسات من الجانب التطوري للغة الإشارة. فعلى سبيل المثال، التوائم الصم الذين يولدون لآباء سامعين يمكنهم تطوير إشارات خاصة بهم ليتواصلوا مع بعضهم. ولكن حتى بعد بضع سنوات من هذا النوع من التواصل، لا تزال وسائل التواصل بلغة الإشارة الأمريكية ((ASL بدائية ومعقدة. كما أن الأبحاث التي أجريت على لغة الإشارة النيكاراغوانية أيضاً، أثبتت أن لغة الإشارة تتغير مع الوقت وتعتمد بالتركيز على المفاهيم المصاحبة لها.

مراحل تطور معالم لغة الإشارة:

هناك العديد من الأدلة التي تشير إلى أن الأطفال الذين يعانون من الصمم يمرون بنفس مراحل النمو اللغوي كأقرانهم من الأطفال الذين يسمعون اللغة الصوتية فعلى سبيل المثال، سيتعلم الصم يدويا (المناغاة) في الوقت الذي تنمو فيه لدى الرضع الذين يسمعون المناغاة اللفظية. كما تظهر أول

إشارة وأول جملة لدى الأطفال الرضع الصم تكون في المرحلة ذاتها التي تظهر فيه لدى الأطفال العاديين.

الأسس العصبية للغة الإشارة :

أثبتت العديد من الدراسات أن لغة الإشارة حقيقية، والتي أشارت إلى أن لغة الإشارة لديها مراكز عصبية مسؤولة كما في اللغة اللفظية. وهذا يؤكد ما سبق وتمت الإشارة إليه في الفصل الثالث والذي ذكرنا فيه عن وجود مناطق في الفص الأيسر في الدماغ هي مسؤولة عن اللغة. كما أن هناك أدلة كثيرة تظهر أن الفصل الأيسر من الدماغ هو أيضاً مسؤول عن التحكم واستخدام لغة الإشارة وهذا يفسر أن مريضي السكتة الدماغية الصم يمكن أن يكون لديهم صعوبة في استعمال الإشارة إذا كانت السكتة في الفصل الايسر من الدماغ.

القدرة العقلية Intellectual Ability:

تُعد القدرة العقلية للأطفال الصم موضعاً للجدل وذلك على مر العصور. وقد اعتقد المختصون أن القدرة الإدراكية للأفراد الصم تمثل قصوراً وذلك بسبب ما يعانونه من قصور في لغتهم المنطوقة. ومع ذلك فنحن ندرك الآن بأن الأفراد الصم الذين لا يتمكنون من الكلام لا توجد لديهم في الواقع لغة تنمو أو تتطور، ونعني اللغة التي يستخدمها السامعون المحيطون بهم. ورغم أنه قد لا توجد لديهم لغة منطوقة كاللغة الإنجليزية على سبيل المثال فإنهم عندما يستخدمون لغة الإشارة الأمريكية يستخدمون بذلك لغة حقيقية بقواعدها النحوية، وتراكيبها المختلفة. وسوف نعود إلى هذه النقطة لاحقاً.

ويرى برينز وآخرون (1996) .Prinz et.al أنه يجب عند تطبيق أي اختبار ذكاء على الأفراد الصم أن نضع في اعتبارنا قصورهم في استخدام اللغة. وعلى ذلك تصبح الاختبارات الأدائية وليست اللفظية إذا ما تم تطبيقها بلغة الإشارة التي تقدم لنا تقييماً صادقا عن مستوى ذكاء هؤلاء الأفراد، حيث إنه باستخدام مثل هذه الاختبارات لن توجد فروق في مستوى الذكاء بين أولئك الأفراد الصم وأقرانهم السامعين.

التحصيل الأكاديمي Acadleuic Aehievement:

من المؤسف أن معظم الأطفال الصم يعانون في الواقع من أوجه قصور حادة في تحصيلهم الأكاديمي. وتُعد القدرة على القراءة هي الأكثر تأثراً بفقدان السمع نظراً لأنها تعتمد بشدة على المهارات اللغوية والتي تعد من أهم جوانب التحصيل الأكاديمي. وقد أشارت نتائج معظم الدراسات التي أجريت في هذا الجانب كما يرى كونفز (1998) Kunfze إلى وجود صورة قاتمة تتعلق بتحصيل أولئك الأفراد في القراءة. وتشير تلك النتائج إلى أن تطور التحصيل في القراءة لا يتجاوز في معدله ثلث معدل ذلك التطور الذي يحدث بالنسبة للأطفال السامعين، حيث إننا غالباً ما نجد فيما يتعلق

بذلك أن معدل القراءة الخاص بالطالب الأصم عندما ينهي المدرسة العليا أو الثانوية لا يتجاوز آنذاك في الغالب مستوى الصف الرابع، وحتى في الحساب الذي يُعد بالنسبة لهم هو أفضل المواد الدراسية فإنهم يتأخرون عن أقرانهم السامعين بمقدار ضئيل.

هذا وقد أكدت نتائج معظم الدراسات كما يرى بورنشتاين وآخرون Bornstein et.al.(1999) أن الأطفال الصم الذين يولدون لآباء من الصم يرتفع مستوى تحصيلهم في القراءة، وتكون مهاراتهم اللغوية أفضل مقارنة بأقرانهم الصم الذين يولدون لآباء يسمعون. ويرى المختصون أن ذلك يرجع إلى التأثير الإيجابي للغة الإشارة فالآباء الصم يمكن أن يتواصلوا على نحو أفضل مع أطفالهم باستخدام لغة الإشارة الأمريكية وأن يقدموا لهم كل ما يحتاجون إليه. وفضلاً عن ذلك فإنه من المحتمل أن يكون أولئك الأطفال الصم الذين يولدون لآباء من الصم أكثر طلاقة في لغة الإشارة الأمريكية، وأنه يمكن للغة الإشارة هذه أن تساعدهم في تعلم اللغة قراءة وكتابة. وعلى الرغم من عدم إجراء عدد كبير من البحوث حول هذا الموضوع فإن هناك من الدراسات كما يشير برينز وآخرون Prinz (1996) et.al. ما أسفرت نتائجها عن وجود علاقة بين استخدام لغة الإشارة الأمريكية والتحصيل الأكاديمي.

وجدير بالذكر أن هناك العديد من العوامل في البيئة المنزلية ترتبط بارتفاع مستوى التحصيل لدى الطلاب الصم، حيث يرتفع مستوى تحصيل الأطفال الصم في الأسر التي تراعي الاعتبارات الآتية:

1- أن تساهم وتشارك في تعليم الطفل.

2- أن تجمع معلومات تتعلق بحالة الطفل حتى تتمكن من توفير الإرشاد اللازم له.

3- أن تضع توقعات مرتفعة لمستوى تحصيله، وأن تشجعه على تحقيق ذلك.

4- ألا تعمل على إحاطة الطفل بالحماية الزائدة.

5- أن تشترك مع الطفل في مجتمع الصم.

التوافق الاجتماعي Social Adjustmant:

يعتمد النمو الاجتماعي ونمو الشخصية لدى الأفراد الصم والسامعين على نحو كبير على التواصل. إلا أن الأصم يجد بعض الصعوبة في وجود أولئك الأفراد الذين قد يتواصل معهم. وقد أكدت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الإطار كما يشير كامبرا Cambra (1996) وتشارلسون وآخرون Charlson et.al. (1992) على أن العديد من الطلاب الصم يتعرضون لخطر العزلة. وهناك عاملان يعدان على درجة كبيرة من الأهمية فيما يتعلق بالعزلة المحتملة للطلاب الصم هما:

- دمج الصم مع أقرانهم العاديين .
- حالة السمع بالنسبة للوالدين .

وقد أوضحت نتائج الدراسات المختلفة في هذا الصدد كما يشير جوستاد وكلوين Gaustad &Kluwin (1992) أن تلك المواقف التي تشهد الانتماء لا تشهد سوى قدر ضئيل من

التفاعل بين الأطفال الصم وأقرانهم العاديين (السامعين). وإضافة إلى ذلك فإن الطلاب الصم كما يرى ستينسون وويتمير (1992) Stinson &Whitmire يشعرون في مثل هذه المواقف بأنهم أكثر أماناً من الناحية الانفعالية إذا ما وجدوا أطفالاً آخرين من الصم يمكنهم أن يتواصلوا معهم، إلا أن ذلك لا يحدث باستمرار بسبب انخفاض معدل انتشار فقدان السمع. ولذا يحاول الباحثون كما يشير أنتيا وكريماير (1997) Antia & Kreimeyer اللجوء إلى برامج من شأنها تعليم الأطفال الصم السلوكات الاجتماعية وذلك حتى يصبح بإمكانهم التفاعل مع أقرانهم العاديين.

وفي هذا الإطار يعتقد بعض المختصين أن الطفل الأصم لآباء سامعين يتعرض لمزيد من الإحباط مقارنة بأقرانه من الأطفال الصم لآباء من الصم، بسبب ما يعانيه الآباء السامعين من صعوبة في استخدام لغة الإشارة الأمريكية بطلاقة، وبالتالي لا يكون بإمكانهم أن يتواصلوا بسهولة مع أطفالهم الصم. وإذا ما علمنا أن أكثر من (90%) تقريباً من الأطفال الصم ينحدرون من آباء يسمعون فإن مثل هذه المشكلة الخاصة بالتواصل تصبح أكثر حرجاً في هذا الميدان. هذا وتُعد الحاجة إلى التفاعل الاجتماعي ذات أثر كبير في دفع العديد من الأشخاص الصم إلى التواصل مع أقرانهم من الصم . وعلى هذا الأساس إذا ما كان الوالدان من الصم فإن الأطفال الصم عادة ما يتعرضون لأسر أخرى من الصم وذلك منذ سن مبكرة في حياتهم. ومع ذلك فإن العديد من الأشخاص الصم يتوقفون عند وصولهم إلى مرحلة الرشد عن الاستمرار في المشاركة في الأنشطة الاجتماعية أو إقامة العلاقات الشخصية مع الآخرين من الصم حتى وإن كان أباؤهم من السامعين، وحتى إذا لم يكونوا قد تواصلوا أثناء طفولتهم مع العديد من الأطفال الصم الآخرين. ومن المعروف أن هذه الظاهرة للتنشئة الاجتماعية مع الآخرين من الصم يمكن عزوها إلى تأثير ثقافة الصم.

ثقافة الصم Deaf Culture :

نظر معظم المختصين في الماضي إلى العزلة من جانب العديد من الأفراد الصم عن مجتمع السامعين على أنها إشارة للأمراض الاجتماعية Social Pathology أما في الوقت الراهن فإن العديد من المختصين يتفقون مع الكثيرين من الأفراد الصم في الاعتقاد بضرورة أن تكون لهم ثقافة معينة خاصة بالصم، كما أنهم يصورون هذه الثقافة على أنها طبيعة تنبع من الاتفاق المشترك على لغة الإشارة .

ويُعد توحيد لغة الإشارة هو العامل الأول من بين ستة عوامل لاحظها ريجان (Reagan(1990 على أنها تعد بمثابة تمييز لثقافة مجتمع الصم. وهذه العوامل هي :

1- التمييز اللغوي .

2- الصمم الاتجاهي Attitudinal Deafness

3- المعايير السلوكية.

4- الأنماط زواج الأقارب Endogamous.

5- الوعي التاريخي.

6- الشبكات التنظيمية التطوعية.

وفيما يتعلق بالتمييز اللغوي Linguistic Differentiation فإن معظم المختصين يصورون مجتمع الصم على أنه ثنائي أو مزدوج اللغة Bilingual حيث يتضمن العديد من الأفراد الذين يتميزون بدرجات متفاوتة من الطلاقة في لغة الإشارة الأمريكية من ناحية وفي اللغة الإنجليزية من ناحية أخرى. وعادة ما يتنقل الأفراد الصم كما يرى بادين (1996) Padden بين لغة الإشارة الأمريكية واللغة الإنجليزية إضافة إلى التنقل بين ثقافة الصم وثقافة السامعين. ومن ناحية أخرى فإن الصمم الاتجاهي يشير إلى ما يعتقده الفرد حول ذاته أي ما إذا كان يعتقد أنه أصم أم لا، وبالتالي فهو لا يتعلق بمدى حدة السمع. وفي هذا الإطار قد نجد على سبيل المثال أن أحد الأشخاص الذي يعاني من فقدان سمعي بسيط نسبياً قد ينظر إلى ذاته على أنه أصم وذلك على نحو أكثر ثباتاً قياساً بقرينه الذي يعاني من فقدان سمعي حاد، أي أن الأمر في هذه الحالة يرتبط بنظرة الفرد إلى ذاته كأصم.

ومن جانب آخر فإن مجتمع الصم له مجموعة من المعايير السلوكية الخاصة به. ومن الأمثلة القليلة الدالة على مثل هذه المعايير وفقاً لدراسة لين وآخرين (1996) .Lane et.al أن الأفراد الصم يقدرون عدم الرسمية informality والتواصل الجسدي في تفاعلاتهم مع بعضهم بعضاً حيث نجد أنهم عادة ما يعانقون بعضهم بعضاً عندما يلتقون معاً أو عندما يفترقون. كذلك فإن رحيلهم أو غيابهم عن بعضهم بعضاً غالباً ما يستغرق وقتاً أطول قياساً بما يحدث من جانب أقرانهم في مجتمع السامعين. كما أنه من المحتمل بالنسبة لهم أن يكونوا صرحاء في مناقشاتهم فلا يبدون أي تردد في الدخول مباشرة إلى الموضوع الذي يودون أن يدور التواصل حوله. أما أنماط الزواج اللحمي أي التي تتم بين الأقارب فيتضح من الدراسات المسحية التي تم إجراؤها في هذا الإطار أن الزواج من داخل إطار نفس جماعة الصم تزيد نسبته عن (90 ٪) تقريباً، كما أن الزواج المختلط أي الذي يجمع بين شخص من الصم وآخر من غير الصم يعد غير مقبول من جانب مجتمع الصم.

وإلى جانب ذلك فإن مجتمع الصم له تاريخ طويل يعكس مدى وعيه واهتمامه بالأفراد الصم وما يرتبط بهم من أحداث. فغالباً ما نجدهم يراعون رغبات الآخرين الأكبر سناً ويحترمونها، كما أنهم يقدرون الحكمة والمعرفة التي تتعلق بتلك التقاليد الخاصة بالصم. وأخيراً فإن هناك العديد من الشبكات التنظيمية التطوعية التي تختص بمجتمع الصم، ومن أهمها على سبيل المثال ما يأتي:

- الجمعية القومية للصم The National Association of the Deaf.
- الألعاب الدولية للصم (أوليمبياد الصم) Deaf The World Games for the Deaf Olympics.
- المسرح القومي للصم The National Theatre for the Deaf.

الاهتمام بانحسار ثقافة الصم أو اندثارها

يعتقد الكثيرون ممن ينتمون إلى مجتمع الصم وبعض المختصين مثل لين وآخرين (1996) .Lane et.al وجينسيك ومورس (1992) Janesick &Moores وجوستاد وكلوين (1992)

أن Gaustad &Kluwin الوضع الثقافي للأطفال الصم يعد في خطر كبير حيث يعتقدون أن زيادة الضم أو الاحتواء من شأنه أن يعمل على اندثار القيم الثقافية لمجتمع الصم. ومن المعروف أن ثقافة الصم كانت تنتقل في الماضي من جيل إلى آخر عن طريق الاحتكاك والتواصل الذي كان يتم في تلك المدارس التي تعمل بنظام الإقامة الداخلية، إلا أن الأطفال الصم اليوم لا يقومون في واقع الأمر سوى بقدر ضئيل من الاحتكاك والتواصل مع أقرانهم الصم وذلك إذا ما حضروا إلى المدارس المحلية وانتظموا بها. ولذلك يوصي العديد من المختصين في الوقت الراهن بأن تتضمن جميع المدارس المحلية أعضاء من مجتمع الصم وذلك عند إعداد وتطوير وتقديم الحصص الدراسية التي تتعلق بتاريخ الصم وثقافتهم لأولئك الأطفال الصم الذين ينتظمون في تلك المدارس المحلية.

ومن الأدلة التي تؤكد على اندثار ثقافة الصم وانحسارها أن أندية الصم قد بدأت بالتلاش وتُعد أندية الصم Deaf Clubs بمثابة أماكن يلتقي فيها الأفراد الصم حيث يمكن تنشئتهم فيها، ومشاركتهم في أنشطة وقت الفراغ والترفيه. ولكن مع زيادة معدلات الضم أو الاحتواء، وتنامي شعبية الإنترنت كوسيلة لجمع المعلومات أو الحصول عليها يصبح من المهم أن نفكر في ذلك المصير الذي يحمله المستقبل لأندية الصم.

نضال الصم Deaf Activism:

من الجدير بالذكر أن البعض يعتقد أن مجتمع الصم يعد في واقع الأمر في خطر حقيقي يعرضه لضياع هويته، ومع ذلك فإن هذا المجتمع لا يزال على درجة كبيرة من الفعالية فيما يتعلق بتأييده لمجموعة متنوعة من السياسات الاجتماعية، والتربوية، والطبية والدفاع عنها. هذا وقد شهدت جامعة جالوديت Gallaudet مثالاً تاريخياً وبارزاً لفعالية الصم Activism في عام (1988) حيث اعترض الطلاب وأعضاء هيئة التدريس بالجامعة عند اختيار رئيسا للجامعة من السامعين علماً بأنه منذ تأسيس هذه الجامعة عام (1864) لم يتم تعيين أي رئيس لها من الصم. وبعد أن تغيب الطلاب عن الجامعة لعدة أيام اضطرت إدارة الجامعة أن تخضع لمطالبهم، وتم تعيين رئيساً لها من الصم، كما أعيد تشكيل اللجنة أيضاً بحيث أصبح غالبية أعضائها من الصم.

هذا وقد كان نشطاء الصم عدوانيين في هجومهم على ما اعتبروه ظلماً وجوراً عليهم من الناحيتين التربوية والطبية. ومن الأمثلة التي تؤيد ذلك اختلافهم مع العديد من المختصين ومعارضتهم لذلك الإجراء الطبي المعروف بزراعة قوقعة الأذن Cochlear Implantation وهو الإجراء الذي يتضمن زراعة عناصر إلكترونية عن طريق الجراحة تحت الجلد وخلف الأذن حيث يوضع ميكروفون صغير جراحياً خلف أذن الفرد كي يقوم بتجميع الأصوات، ثم يرسلها إلى معالج لغوي يعمل بالكمبيوتر Computerized Speech Processor يتم زرعه أيضاً، ويقوم بدوره بإعادة إشارات مشفرة إلى ملف خارجي external coil يوضع جراحياً خلف الأذن ويقوم بدوره هو الآخر بإرسال تلك الإشارات عبر الجلد للملف الداخلي الذي تتم زراعته أيضاً، ويقوم هذا الملف الداخلي بالتالي بإرسال تلك الإشارات إلى الأقطاب الكهربائية Electrodes التي تتم زراعتها في الأذن الداخلية، والتي تقوم بإرسال تلك الإشارات إلى العصب السمعي.

وجدير بالذكر أن إدارة التغذية والدواء الأمريكية كانت قد وافقت عام (1990) على زراعة القوقعة للأطفال صغار السن، وتم على أثر ذلك إجراء آلاف العمليات الجراحية من هذا القبيل سواء في الولايات المتحدة الأمريكية أو غيرها من دول العالم وخاصة استراليا. ومع التطور الهائل الذي تشهده التكنولوجيا في هذا الصدد تظل هناك حقيقة أساسية تتمثل في صعوبة إجراء مثل هذه العملية لجميع الأفراد الصم دون استثناء حيث هناك من الأفراد الصم من لا تجدي معه مثل هذه العملية. ولذلك فإنه بوجه عام يوصى بإجراء تلك العملية لأولئك الأفراد الذين يعانون من فقدان سمعي حسي عصبي يتراوح في مستوى شدته بين الشديد إلى الحاد وذلك في كلتا الأذنين. أما بالنسبة للأطفال فإن الآراء الطبية في هذا الخصوص تتباين بدرجة كبيرة ، ولكنه عادة لا يوصى بإجرائها للأطفال قبل وصولهم الشهر الثاني عشر من العمر (Listening Center at Johns Hopkins, 2001) .

وعلى الرغم من أن القائمين على تصنيع مثل هذه الوسائل إضافة إلى غيرهم من المجتمع الطبي على نحو عام ينظرون إلى زراعة القوقعة على أنها معجزة فإن العديد من أعضاء مجتمع الصم قد أبدوا اعتراضاً شديداً عليها ووصفوها بأنها عدوان عليهم وانتهاك لهم من الناحية الجسمية والثقافية. ولكنهم يفضلون بدلاً من ذلك وكما يشير لين (1992) Lane أن يحدث التدخل في إطار الهندسة الوراثية أو البيولوجية حتى لا ينتمي الواحد منهم إلى مجتمع الأقلية بل ينتمي بدلاً من ذلك إلى مجتمع الأغلبية، ولذلك فهم يرفضون أن تتم زراعة القوقعة للأطفال الصم حتى وإن أدت الوسائل المستخدمة إلى نتائج جيدة.

وحتى وقت قريب لم يقترب مجتمع الصم من مواجهة هذا الأمر الذي أثاره لين Lane والذي يتعلق برفض الجراحة حتى وإن طورت القدرة السمعية للطفل. وعلى الرغم من أن السمع الجيد عن طريق زراعة القوقعة لم يصل بعد إلى ما يعرف بحجر الزاوية في هذا الصدد فإن التكنولوجيا الحديثة قد أدت كما يشير سبنسر (2001) Spencer إلى زيادة عدد تلك الحالات التي تحسن السمع لديها على نحو ملحوظ بدرجة كبيرة نتيجة لهذه العملية. وقد أدت مثل هذه النتائج الإيجابية إلى صعوبة التوصل إلى قرار من جانب الأفراد الصم أو آبائهم حول القيام بزراعة القوقعة أو عدم القيام

بها. ومع هذا فإن النتائج التي تترتب على هذه العملية تتباين على نحو كبير من فرد إلى آخر كما يشير سبنسر (2002) Spencer وبلامي وآخرون (2001) Blamey et.al. فبالنسبة للشخص الذي يعاني من صمم حاد يتحسن مستوى سمعه بحيث يتحول من المستوى الحاد إلى المستوى الشديد بحيث يتراوح درجة فقدانه السمعي بين (71-90) ديسيبل. وحتى يتمكن الفرد في الواقع من الاستفادة التي يمكنه أن يحصل عليها حال تحسن السمع لديه فإنه يحتاج بطبيعة الحال إلى برامج التأهيل اللغوي. وإذا كان البعض يطلقها صيحة لتحقيق الشفاء، وينظر إليها البعض الآخر بمعزل عن الشفاء، فإن الأمر بالنسبة لفريق ثالث يتمثل في أن ذلك التحسن الذي يمكن أن يطرأ على الفرد يكفي ليجعله يتحمل إجراء تلك العملية الجراحية اللازمة في هذا الصدد. ولكن هناك من يرى أن هذه العملية لم تبلغ الأهداف التي تجرى من أجلها بمعنى أنها لم تحقق القدر الكافي من التحسن، وبالتالي فإنها لم تحد كثيراً من ثقافة الصم حيث تقع حقيقة هذا الأمر كما يرى إيستربروكس وموردیکا (2000) Easterbrooks &Mordica في الوسط بين هذين الرأيين أي بين الشفاء وعدم الشفاء.

الحركة النضالية للصم والهندسة الوراثية:

من المفارقات أن الحركة النضالية للصم قد تؤثر على الأبحاث العلمية في الحفاظ على ثقافة الصم بطريقة قد تثير شكوك اخلاقية. مع اكتشاف الجين (كونيكس 26) الذي يعتقد أنه المسبب الأساسي للصم عند الأطفال، يمكن للآباء استخدام تلك المعلومات لانجاب اطفال صم (اختيار تلقيح البويضات بهذه الجينات: التخصيب الخارجي أو جين من متبرع)، وهذا يخالف الاعتقاد السائد، بأن الآباء الصم قد يفضلون أطفال صم مثلهم.

الاعتبارات التربوية Educational Considerations:

يواجه المعلم الذي يعمل مع الطلاب الصم وضعاف السمع في الواقع بكم هائل من المشكلات، وكما نتوقع فإن إحدى أهم هذه المشكلات تتمثل في التواصل. وإذا ما عدنا أدراجنا كما يشير ميدو - أورلانز وآخرون (1997) Meadow-Orleans et.al. إلى القرن السادس عشر حيث كانت تدور المناقشات حول تلك الكيفية التي يجب أن يقوم الأفراد الصم من خلالها بإجراء المحادثات وهو الجدل الذي يشار إليه أحياناً على أنه ذلك الجدل الذي يتعلق بالطريقة الشفوية واليدوية oralism-manualism debate لكي تمثل وجهتي نظر مختلفتين تماماً تقوم إحداهما على تعليم الأفراد الصم الحديث مع الآخرين (Oralism) في حين تؤيد الأخرى استخدام شكل معين من أشكال التواصل اليدوي (manualism). وقد كانت الطريقة اليدوية هي الطريقة المفضلة في هذا الصدد حتى منتصف القرن التاسع عشر وذلك حينما بدأت الطريقة الشفوية تسود. أما الآن فإن معظم البرامج التربوية التي يتم اللجوء إليها إنما تتضمن خليطاً من كلتا الطريقتين وهو ما يشار إليه على أنه طريقة التواصل الكلي total communication approach ومع ذلك فإن هناك العديد من الأفراد داخل مجتمع الصم يعتقدون أن طريقة التواصل الكلي غير ملائم، وبالتالي فإنهم ينادون باستخدام طريقة ثنائي اللغة - ثنائي الثقافة bicultural - bilingual approach الذي يدعم استخدام لغة

الإشارة الأمريكية كلغة أولى، وتعليم اللغة الإنجليزية كلغة ثانية مع الاهتمام بتعليمهم ثقافة الصم. ولذلك فسوف نناقش أولاً الأساليب والفنيات الأساسية التي تمثل المدخل الشفوي والجزء الشفوي من مدخل التواصل الكلي، ثم ننتقل إلى التواصل الكلي، يليه مناقشة عن مدخل ثنائي اللغة - ثنائي الثقافة.

الطريقة الشفوية: الطريقة السمعية اللفظية وقراءة الحديث

تمثل هذه الطريقة الشفوية أول وأقدم الطرق أو الأساليب التي تم استخدامها مع الأفراد الصم ومن جانبهم وذلك في سبيل تحقيق التواصل. وهناك في واقع الأمر العديد من العناصر التي يمكن أن تدخل في إطار هذه الطريقة التي يجب أن نهتم بها عند تعليم أولئك الأفراد أن يقوموا بالتواصل من خلالها وعن طريقها وذلك الآتي:

الطريقة السمعية اللفظية:

غالباً ما يشار إلى تلك الأساليب التي تندرج تحت الفئة العامة المسماة بالطريقة الشفوية على أنها الطريقة السمعية اللفظية وهي تلك الطريقة التي تركز على التأهيل السمعي والتدريب على الكلام بالنسبة للأفراد الصم.

التأهيل السمعي Auditory Habilitation

يركز هذا الأسلوب على تشجيع الأطفال على استغلال ما لديهم من بقايا سمعية وهناك العديد من المبادئ التي يستند إليها المؤيدون لهذه الطريقة كما يرى ستون (1997) Stone يمكن أن نجملها فيما يأتي:

1- أن معظم الأطفال الذي يعانون من فقدان سمعي لديهم بقايا سمعية يمكن الاستفادة منها واستغلالها.

2- أن التكنولوجيا التي تقوم على تضخيم الصوت مثل سماعات الأذن وزراعة القوقعة قد شهدت تطوراً كبيراً إلى الحد الذي يجعلنا نتوقع أن كل طفل فقد سمعه يمكن أن يسمع ذلك الكلام الذي تتضمنه المحادثات المختلفة.

3- أهمية استخدام المعينات السمعية في مرحلة عمرية مبكرة، والتدخل المبكر في عمليات التدريب المناسبة لاستخدام تلك المعينات.

4- أهمية دور الأسرة في الخطة العلاجية للطفل وتقديم نماذج لغوية مناسبة له.

5- أن الوالدين يمثلان جانباً حاسماً من خطة العلاج التي يتم تقديمها لطفلهما حيث سيقومان بتقديم النماذج اللغوية المناسبة له.

التدريب على الكلام Speech training

نظراً لأن أولئك الأطفال الذين يعانون من فقدان سمعي يواجهون العديد من المشكلات المختلفة التي تتعلق بسماعهم لما قد ينطقون به من كلمات، أو ما يصدر عن الآخرين من كلمات أو أصوات. وغالباً ما نجدهم لا يسمعون الكلام المنطوق إلا على نحو مشوه، وبالتالي يجب أن يتم تعليمهم كيفية النطق بالأصوات والكلام. ونظراً لعدم قدرتهم على سماع نموذج ملائم للكلام كي يقوموا بتقليده فإننا يجب أن نعمل كما يشير سكيرمر (2001) Schirmer على تعليمهم الأصوات الكلامية. وفضلاً عن تلك الصعوبات التي تواجههم في نطق الأصوات بطريقة صحيحة فإن هناك مشكلات أخرى تواجههم ترتبط بعدم قدرتهم على ضبط معدل ارتفاع الصوت، ونغمته، ونوعيته أو جودته.

قراءة الكلام Speech Reading

أحيانا يطلق البعض على هذا الأسلوب تسمية خاطئة في قراءة الشفاه Lip Reading أما قراءة الكلام فتتضمن تعليم الأطفال الصم وضعاف السمع استخدام واستغلال المعلومات البصرية في سبيل فهم ما يقال لهم أو ما يوجه إليهم من كلمات. ويُعد مصطلح قراءة الكلام أكثر دقة من مصطلح قراءة الشفاه لأنه يهدف إلى تعليم الأطفال أن ينتبهوا إلى مجموعة متنوعة من المثيرات

إلى جانب حركات محددة للشفتين في الوقت نفسه. وهنا نجد على سبيل المثال أن الأفراد الذين يتمكنون من مهارة قراءة الحديث أو الكلام يكون بإمكانهم أن يقوموا بقراءة المثيرات المختلفة التي ترتبط بسياق معين، وبالتالي فإنهم يتوقعون حدوث أنماط معينة من الرسائل في أنواع معينة من المواقف. ومن جانب آخر فإنهم يتمكنون من استخدام تعبيرات الوجه كي تمكنهم من تفسير ما يقال لهم. وإذا كان بإمكانهم أن يقوموا كذلك بتمييز الأصوات المختلفة فإن القدرة على تمييز الأصوات الكلامية المختلفة التي تنساب من فم المتحدث تتضمن الانتباه إلى الإشارات البصرية من اللسان والفك إلى جانب الشفتين. ولكي يتعلم الفرد على سبيل المثال أن يقوم بالتمييز بين الحروف المتحركة من خلال قراءة الكلام فإن عليه أن يركز على تلك الإشارات التي ترتبط بدرجة فتح الفك وتشكيل الشفاه.

الكلام القائم على الإشارات Cued speech

هو طريقة تعمل على تيسير حدوث قراءة الكلام وزيادتها حيث يستخدم الفرد أشكالاً يدوية لتمثل أصواتاً معينة أثناء الكلام. وهناك ثمانية أشكال يدوية تعد بمثابة إشارات لحروف ساكنة معينة، وأربعة أشكال تعد بمثابة إشارات حروف متحركة. وكما سنوضح فإن هناك بعض الأصوات التي تبدو حركة الشفاه متشابهة بالنسبة لها، وبالتالي فقد تم تصميم هذه الإشارات كي تساعد الفرد أثناء قيامه بقراءة الكلام على أن يقوم بالتمييز بين هذه الأصوات. ورغم وجود المؤيدين لهذا الأسلوب فإنه لا يستخدم على نطاق واسع في الولايات المتحدة الأمريكية .

النقد الموجه للطريقة الشفوية

يرى لين وآخرون Lane et.al وبادين وهومفريز Padden & Humphries أن العديد من المختصين قد وجهوا كثيراً من النقد إلى استخدام الطلاب الصم وضعاف السمع الشفوية على نطاق واسع. وقد اعترض هؤلاء المختصون على وجه الخصوص على عدم التأكيد على لغة الإشارة في هذه الطريقة وخاصة بالنسبة للأطفال الصم ويؤكد هؤلاء النقاد على أنه من غير المعقول أن نفترض بالنسبة للعديد من الأطفال الذين يعانون من الفقدان السمعي شديد أو حاد أن تكون لديهم بقايا سمعية كافية يمكن استغلالها. كذلك فإن عدم السماح لأولئك الأطفال باستخدام لغة الإشارة الأمريكية نتيجة عدم تعليمهم إياها يعني عدم السماح لهم باستخدام لغة معينة يتمكّنون بمقتضاها من التواصل مع الآخرين، وهو الأمر الذي يتطلب بعض الاهتمام.

يشير المعارضون لهذه الطريقة إلى أن قراءة الكلام تعد أمراً صعباً للغاية، وأن من يتمكّنون من إجادتها يُعدون قلة نادرة حيث هناك العديد من العوامل التي تجعل قراءة الحديث أمراً صعباً إذ نجد على سبيل المثال أن المتحدثين ينطقون بالعديد من الأصوات بحركات شفاه أقل وضوحاً، كذلك فإن اللغة الإنجليزية تتضمن العديد من الأصوات المختلفة التي تبدو متشابهة عند النطق بها، وبالتالي يصعب التمييز بين نطق (p) و (b) و (m) كما يوجد هناك تباين بين المتحدثين في كيفية نطقهم للأصوات المختلفة. وفضلاً عن ذلك هناك عوامل أخرى من شأنها أن تؤثر سلباً في قراءة الكلام كالإضاءة غير الجيدة، والتحدث بسرعة، وتحريك الرأس في اتجاهات مختلفة أثناء الكلام، ووجود حائل بين المتحدث والفرد الأصم إلى غير ذلك من العوامل.

التواصل الكلي Total Communication:

من الملاحظ أن معظم المدارس تعمل اليوم بنظام التواصل الكلي والذي يجمع في طياته بين كل من الطريقة الشفوية والطريقة اليدوية. وقد شهد عقد السبعينيات من القرن الماضي الانتقال من الاستخدام المنتشر للطريقة الشفوية في تعليم الأفراد الصم إلى طريقة التواصل الكلي. ويرجع ذلك في الأساس إلى أن الباحثين قد وجدوا أن الأطفال الصم يؤدون بدرجة أفضل من الناحيتين الأكاديمية والاجتماعية إذا كان آباؤهم من الصم، أما إذا لم يكن آباؤهم كذلك فإنهم يظهرون مستوى منخفض فيهما. وقد قام الباحثون بعزو مثل هذه الفروق إلى زيادة اهتمام استخدامهم للغة الإشارة في نطاق الأسرة نظراً لكونهم جميعاً من الصم.

وهذا يتضمن التواصل الكلي والاستخدام التلقائي للكلام من خلال أحد أساليب التمثيل الإشاري

للغة الانجليزية Signing English system ويشير مصطلح تمثيل الإشارة للغة الإنجليزية إلى الطرق التي قام المختصون بابتكارها في سبيل مساعدة الأفراد الصم على تعلم التواصل. وهنالك العديد من هذه الأساليب كما يرى لوتك – ستالمان وملبورون Luetke - Stahlaman & Milburn منها ما يأتي:

- الإشارات الصحيحة للغة الإنجليزية Signing Exact English
- اللغة الإنجليزية القائمة على الإشارات Signed English
- رؤية اللغة الإنجليزية الأساسية Seeing Essential English

كذلك فإن الهجاء الإصبعي Finger Spellin والذي يعد بمثابة تمثيل للحروف المتضمنة في الأبجدية الإنجليزية باستخدام أوضاع مختلفة للأصابع يستخدم أحياناً لهجاء كلمات معينة كما يأتي:

الحروف الإبجدية باللغة الإنجليزية وفقاً لطريقة الهجاء الإصبعي

تجمع طريقة التواصل الكلي بين الطريقتين الشفوية واليدوية

وعلى الرغم من ذلك فقد تنامى الشعور بعدم الرضا عن طريقة التواصل الكلي لدى بعض المختصين، ولدى الكثيرين داخل مجتمع الصم ذاته. ويتركز محور نقدهم لتلك الطريقة على استخدام أساليب التمثيل الإشاري للغة الإنجليزية بدلاً من استخدام لغة الإشارة الأمريكية. تحتفظ بنفس ترتيب الكلمات كما هو الحال في اللغة الإنجليزية المنطوقة مما يعمل على تسهيل قيام الفرد بالكلام والإشارة في ذات الوقت. أما من يدافعون عن تلك الأساليب فيرون أن التطابق في ترتيب الكلمات بين أساليب التمثيل الإشارة للغة الإنجليزية وبين اللغة الإنجليزية ذاتها يساعد الطلاب الصم على تعلم اللغة الإنجليزية على نحو أفضل. بينما يؤكد المؤيدون للغة الإشارة الأمريكية أن استخدام أساليب تمثيل الإشارة للغة الإنجليزية يعد بطيئاً للغاية، ويسبب الكثير من الارتباك مما يقلل من فائدتها في تعلم اللغة الإنجليزية . كما أنهم يرون أيضاً أن ترتيب الكلمات ليس هو العنصر الحاسم في تعليم الفرد استخدام اللغة الإنجليزية وفهمها.

هذا ويعتقد المؤيدون للغة الإشارة الأمريكية أن الطلاقة في لغة الإشارة الأمريكية تزود الطلاب الصم بخلفية غنية بالمعلومات التي تؤهلهم لتعلم اللغة الإنجليزية. وعلاوة على ذلك فإنهم يؤكدون على أن لغة الإشارة الأمريكية تعد بمثابة اللغة الرئيسية (الأم) للأفراد الصم، ومن ثم ينبغي أن نقوم بتشجيع استخدامها والاهتمام بها نظراً لأنها هي الطريقة الرئيسة والأكثر كفاءة بالنسبة للطلاب في تعلم مختلف الأمور حول العالم. أما أساليب التمثيل الإشاري للغة الإنجليزية على الجانب الآخر فلا تعد لغات حقيقية بينما تُعد لغة الإشارة الأمريكية لغة حقيقية لها قواعدها النحوية، وتراكيبها المختلفة. وإذا كانت أساليب التمثيل الإشاري للغة الإنجليزية قد ابتكرها فرد ما أو مجموعة من الأفراد في فترة زمنية قصيرة فإن لغة الإشارة كلغة الإشارة الأمريكية على سبيل المثال تنتقل عبر أجيال عديدة من الأفراد الصم الذين يقومون باستخدامها. وإلى جانب ذلك فإن أولئك النقاد الذي يوجهون النقد للطريقة الكلية في التواصل يؤيدون طريقة ثنائي اللغة – ثنائي الثقافة.

طريقة ثنائي اللغة - ثنائية الثقافة The Bicultural - Bilingual approach:

على الرغم من وجود العديد من الأشكال المتباينة للتواصل التي تنتمي إلى طريقة ثنائي اللغة - ثنائي الثقافة فإنها في غالبيتها تتضمن كما يرى سكيرمر Schirmer (2001) ثلاث سمات أساسية كالآتي:

1- أن لغة الإشارة الأمريكية تعد اللغة الأولى بينما تعد اللغة الإنجليزية لغة ثانية.

2- أن الأفراد الصم يلعبون دوراً مهماً في تطوير البرنامج المستخدم والمنهج المرتبط به.

3- أن المنهج المتبع يقوم على تعليم ثقافة الصم.

كذلك يشير دراسجو Drasgow (1993) إلى أن هناك نموذجين عامين للتعليم ثنائي اللغة الذي يتم تقديمه للطلاب الصم يركز أحدهما على السماح للأطفال باكتساب لغة الإشارة الأمريكية على نحو طبيعي من المعلمين الصم، بينما يركز الآخر على أن يكون الأطفال مزدوجي اللغة قبل أن يتم تعليمهم اللغة الإنجليزية بصورة رسمية. ويقوم هذا المدخل على تلك الفكرة التي ترى أنه سوف يكون من السهل على الأطفال تعلم اللغة الإنجليزية إذا ما تم تعليمهم لغة الإشارة الأمريكية. ولا يرى مؤيدو النموذج الثاني أي ميزة لتعليم إحدى اللغتين قبل الأخرى، ولكنهم بدلاً من ذلك يؤكدون على تعرض الطفل لكلتيهما أي للغة الإشارة الأمريكية وللغة الإنجليزية وذلك منذ وقت مبكر في حياة الطفل، وكلما كان ذلك التدخل مبكراً كانت النتائج أفضل طالما أنه يتم استخدام كلتا اللغتين على نحو ثابت في سياقات مستقلة أو من جانب أفراد مختلفين كأن يتم على سبيل المثال استخدام لغة الإشارة الأمريكية في بعض المواد الدراسية بينما تستخدم اللغة الإنجليزية في مواد دراسية أخرى، أو أن يتم استخدام لغة الإشارة الأمريكية من جانب أحد المعلمين ويقوم معلم أخر باستخدام اللغة الإنجليزية.

هذا وتدعم النتائج التي أسفرت عنها تلك الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الصدد رأي أولئك المؤيدين لاستخدام لغة الإشارة الإمريكية في تعليم الطلاب الصم حيث كشفت كما يشير سترونج

وبرينز Strong & Prinz (1997) وبرينز وآخرون Prinz et.al(1996) وجود علاقة بين استخدام لغة الإشارة الأمريكية وبين التحصيل الأكاديمي في اللغة الإنجليزية، أي أن أولئك الطلاب الذي تعلموا لغة الإشارة الأمريكية في سن مبكرة كانت مهاراتهم في اللغة الإنجليزية أفضل من أقرانهم الآخرين بغض النظر عما إذا كان آباؤهم من الصم أو من غير الصم أي السامعين.

وعلى الرغم من أن تلك الدراسات التي تتناول على نحو مباشر مدى فعالية البرامج التي تقوم على ثنائي اللغة – ثنائي الثقافة لا تزال في مراحلها الأولى فإنها قد أسفرت كما يرى أندروز وآخرون Andrews et.al (1997) عن فعالية مثل هذه البرامج في هذا الصدد. ومع ذلك فمن الأفضل أن نقرر في ضوء ما تسفر عنه الرؤية التاريخية في هذا المضمار أنه لا توجد هناك طريقة واحدة مضمونة النجاح وبعيدة عن الفشل أو بمعزل عنه يمكن أن نقوم عن طريقها بتعليم الأطفال الصم على الرغم من أن تاريخ تعليم الصم يشهد بوجود أساليب متعددة كانت هي الحل التربوي في حينها فقد اعتبرت طريقة التواصل الكلي هي الحل الأمثل خلال عقدي الستينيات والسبعينيات من القرن الماضي، بينما كان الحل الأمثل خلال عقدي الثمانينيات والتسعينيات من ذات القرن متمثلاً في تعلم ثنائي اللغة ومع زيادة عمليات زراعة قوقعة الأذن ازداد استخدام الطريقة الشفوية أو اللفظية السمعية في تعليم الأطفال الصم. ومع هذا فإن تعدد الطرق المستخدمة في سبيل تعليم الأفراد الصم يمكن أن يلبي احتياجات قدر كبير من هؤلاء الأفراد.

نماذج تقديم الخدمة:

يمكن أن يوجد الأطفال الصم وضعاف السمع في مواقف تتراوح بين فصول التعليم العام إلى المعاهد التي تعمل بنظام الإقامة الداخلية. وبدءاً من منتصف سبعينيات القرن الماضي ازداد عدد هؤلاء الطلاب الذين انتظموا في المدارس المحلية وذلك في فصول مستقلة أو خاصة أو في غرف المصادر، أو في الفصول العادية. أما في الوقت الراهن فإن أكثر من 80% تقريباً من الطلاب الذي تتراوح أعمارهم بين (6-21) سنة

وفقاً للتقارير الصادرة عن وزارة التربية الأمريكية (2000) ينتظمون في فصول في المدارس المحلية، وأن حوالي 39% منهم يقضون غالبية وقتهم في فصول عادية بمدارس التعليم العام. وعلى الرغم من أن الطلاب الصم يتم قبولهم ودمجهم بمدارس التعليم العام في الوقت الراهن فإنهم لا يزالون يتلقون الخدمات في مدارس التربية الخاصة أو في تلك المواقف التي تعتمد على الإقامة الداخلية وذلك على نحو يفوق ما يحدث مع أي فئة أخرى من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة حيث يحصل حوالي 70% منهم على تلك الخدمات في مدارس التربية الخاصة بينما يحصل حوالي 90% منهم على تلك الخدمات في المدارس التي تعتمد على الإقامة الداخلية. ومن ثم فإن اختيار الفئة التي يتم دمجها في مدارس التعليم العام من الطلاب يتباين على نحو كبير كما يرى هولدين - وبيت Holden - Pitt (1997) وفقاً لما يأتي:

1- حدة الفقدان السمعي: فالطلاب الذين يعانون من فقدان سمعي شديد يتم الحقاهم بمدارس الإقامة الداخلية.

2- مستوى سمع الوالدين: فالأطفال لآباء من الصم يتم تسكينهم في المدارس التي تعتمد على الإقامة الداخلية.

3- العمر الزمني للطلاب: فالطلاب الأكبر سناً يتم تسكينهم في المدارس التي تعتمد على نظام الإقامة الداخلية.

وجدير بالذكر أن العديد من الأعضاء بمجتمع الصم كما يشير سيجل Siegel(2000) قد وجهوا نقد إلى درجة الدمج حيث ينظرون إلى أن المدارس الداخلية - وإلى حد كبير المدارس النهاية - لها تأثير كبير في تطور مفهوم رعاية الصم واستخدام لغة الإشارة الأمريكية. وإلى جانب ذلك فهم يعتقدون أن الدمج يجبر الطلاب الصم على فقد هوية الصم ويضعهم بالتالي في بيئة السامعين والمتحدثين التي يُعد من المستحيل بالنسبة لهم أن يحققوا النجاح فيها. وعلى وجه الخصوص يشير من ينتقدون الدمج إلى أنه عندما يتم تسكين الطالب الأصم مع أقرانه غير الصم فإنه سيكون بناء على ذلك هو الطالب الوحيد الأصم بالفصل. ومن المعروف أن هذا الوضع يؤدي به إلى الافتقار لما يعرف بالكتلة الحرجة Critical Mass من الطلاب الصم وهو الأمر الذي يؤدي بدوره إلى مشكلتين متداخلتين هما:

1- قلة عدد الأقران الذين يمكن للطالب الأصم أن يتواصل معهم.

2- التعرض لدرجة عالية من العزلة الاجتماعية.

ويرى البعض أن الهدف من توفير الحد الأقصى من الفرص لتحقيق التواصل يجب أن يكون هو القوة الدافعة إلى تعليم الطلاب الصم حيث يرى سيجل Siegel (2000) أن الوقت الراهن ينبغي أن يمثل عصراً تربوياً جديداً للصم وضعاف السمع، وأنه يجب أن يهتم بالتواصل بحيث يكون هو الأهم وهو نقطة البداية في أي برنامج تربوي حيث يجب أن يعمل أي برنامج على توفير أساس واضح لهذا المفهوم والهدف، وأن يوفر الإجراءات الرسمية لتنفيذ البرنامج، وتحقيق ذلك الهدف بحيث يكون النسق العام مدفوعاً بتحقيق التواصل، ومدفوعاً نحو تعليم ذلك الطلاب للصم.

وقد أسفرت نتائج الدراسات التي تم إجراؤها على الأفراد الصم بداية من مرحلة الروضة كما يرى رودرجويز ولانا Rodriguez & Lana(1996) إلى المرحلة الثانوية كما يرى هولكومب Holcomb (1996) عن أن الدمج في فصول التعليم العام قد يتضمن البيئات التي تعرض الطلاب الصم للعزلة. ورغم أن الدمج قد يؤدي إلى حدوث العديد من المشكلات للعديد من الطلاب الصم فإنه يمثل خبرة سلبية لجميع الطلاب على السواء إذا كشفت نتائج الدراسات التي أجريت حول الأثر الذي يخلفه دمج الطلاب الصم مع أقرانهم العاديين عن أن النتائج الأكاديمية والاجتماعية التي تترتب على هذا الأمر تتباين اعتماداً على الفرد ذاته حيث قد يرى البعض أن الدمج الكلي يعد مفيداً في هذا الصدد في حين يرى آخرون أن عزل كل فئة في مدرسة خاصة بها يعد هو الأفضل.

هذا وقد وجدت الدراسات التي أجريت على أولئك الطلاب الصم الذين خضعوا للدمج أن هناك عناصر معينة تؤثر في فعالية البرنامج المستخدم هي:

1- الوقت المخصص للتعليم والتخطيط.

2- التزام وتعهد الوالدين بدمج واختيار البديل الذي يناسب الطفل في التعليم، وأن يحاولوا الاستفادة من قدرات الطفل قدر الإمكان.

3- تقديم الخدمات الخاصة بالمساندة والتي تؤكد على أن كلاً من ناظر المدرسة ومدير مدرسة التربية الخاصة يلعبان دوراً مهماً في هذا الصدد. وتتضمن تلك الأمثلة الدالة على المساندة وجود معلم للصم طوال الوقت ، ووجود أخصائي في اللغة والتخاطب، ومترجم إشاري أي للإشارات، ومختصين، ومتطوعين، وحاسبات آلية، وميزانية لشراء المواد والأدوات اللازمة.

4- وضوح تصميم البرنامج، وهنا يجب أن ينغمس فريق المختصين في الأنشطة التي تمكنهم من تطوير فهم عام لتصميم البرنامج مع وضوح تلك الأدوار التي ينبغي أن يقوم بها كل منهم ومسؤولياته.

5- المشاركة الوالدية الفعالة.

6- قيام معلمو الصم بالتدرس لهم على نحو مباشر في الفصول العادية إذ أنه عندما يؤلف معلم الصم فريقاً مع معلم الفصل العادي أو التعليم العام، ويقومان معاً بتعليم الطفل لبعض الوقت فإن كلاً من الطالب العادي والطالب الأصم سوف يحققان الاستفادة من هذا الوضع بطبيعة الحال.

التطورات التكنولوجية:

هناك عدد من التطورات التكنولوجية التي جعلت من السهل على الأفراد الصم أن يتواصلوا مع غيرهم من السامعين، وأن يحصلوا على مختلف المعلومات منهم. وقد تضمن هذا الانفجار التكنولوجي في الأساس خمسة مجالات هي:

1- سماعات الأذن.

2- التعليق أو الترجمة المرئية على الشاشة Captioning.

3- الهواتف.

4- التعليم القائم على الكمبيوتر.

5- الإنترنت.

وسوف نعرض لهذه المجالات على النحو الآتي:

سماعات الأذن: توجد في الواقع ثلاثة أنواع رئيسة من سماعات الأذن مثلت كل منها عند ظهورها تطوراً في حينها، وإن كانت الأنواع الثلاثة لا تزال تستخدم حتى الآن. وهذه الأنواع هي:

- السماعات التي توضع خلف الأذن.
- السماعات التي توضع داخل الأذن.
- السماعات التي توضع في قناة الأذن.

وتُعد السماعات من النوع الأول أي التي توضع خلف الأذن هي الأقوى، ولذلك يستخدمها الأفراد الذين يعانون من فقدان سمعي شديد كما أنها تُعد النوع الذي يستخدمه معظم الأطفال نظراً لأنها يمكن أن تستخدم مع أنظمة FM الموجودة في بعض الفصول حيث يحمل المعلم وفقاً لهذا النظام ميكروفون لا سلكي ويضعه في سترته التي يرتديها، بينما يحمل الطفل جهاز الاستقبال الذي يعمل

بنفس النظام والذي يصل حجمه إلى حجم علبة السجائر فيسمع الصوت مكبراً إما عن طريق سماعة الأذن التي تتصل بجهاز الاستقبال، أو عن طريق سماعة الأذن التي توضع خلف الأذن ويتم توصيلها بجهاز الاستقبال الذي يعمل بنظام FM، وتتوقف استفادة الطفل من سماعة الأذن بمفردها أو بعد توصيلها بجهاز استقبال يعمل وفق نظام FM بدرجة كبيرة على تلك الخصائص السمعية للفصل.

وعلى الرغم من أن سماعات الأذن تعد جزءاً متكاملاً من ذلك البرنامج التربوي الذي يتم تقديمه للطلاب الصم فإن بعض هؤلاء الطلاب قد لا يمكنهم الاستفادة منها بسبب نوع وشدة فقدانهم السمعي يعني أنها لا تصلح لجميع الأفراد الصم على الإطلاق. فسماعات الأذن من شأنها أن تجعل الأصوات المختلفة أعلى وليس أكثر وضوحاً، إذا ما تشوه سمع الفرد فإنه سماعة الأذن لن تعدله ستقوم فقط بتكبير هذا الصوت الذي يصير مشوهاً هو الآخر. أما بالنسبة لأولئك الأفراد الذين يمكنهم الاستفادة منها يتم التعاون والتكامل بين كل من الطالب والوالدين والمعلمين بحيث يعملون مع بعضهم بعضاً وذلك لضمان تحقيق الحد الأقصى للفاعلية من ذلك الجهاز وهو ما يعني أن المعلم ينبغي أن يكون على علم ودراية بذلك، وأن يبقي على فعاليته.

التعليق المكتوب (الترجمة المرئية) على التليفزيون والفيديو والأفلام: يحتاج المتفرجون في بعض الأحيان جهاز فك الشيفرة حتى يتمكنوا من متابعة تلك البرامج التي يتم تقديم ترجمة مرئية Cap-tioning لها على الشاشة. ومن المعروف كما تشير الجمعية القومية للصم National Association of the Deaf (2001) أن القانون الفيدرالي في الوقت الراهن يفرض على صانعي أجهزة التليفزيون أن تتضمن كل أجهزة التليفزيون التي تزيد على (13) بوصة شريحة تسمح للمتفرج بمتابعة التعليق المرئي الذي يظهر على الشاشة وذلك دون أن يكون لديه جهاز يفك الشيفرة. كما ينص القانون الفيدرالي أيضاً على أن يقدم التليفزيون شرحاً أو تعليقاً لأي ترجمة مرئية على الشاشة وذلك لنسبة معينة من تلك العروض التي يقدمها بشرط أن تصل تلك النسبة إلى (50%) من البرامج الجديدة التي يقدمها بداية من يناير (2002) وأن تصل هذه النسبة إلى (75%) بداية من يناير (2004)، ثم تصل بعد ذلك إلى (100%) بداية من يناير (2009) . كذلك فإن العديد من شرائط الفيديو التي يتم تأجيرها من المحلات المخصصة تتضمن أيضاً ذلك الشرح والتعليق أو ما يعرف بالترجمة المرئية. وتتمثل أحداث المبتكرات العلمية والعملية في مجال الترجمة المرئية على الشاشة وفقاً للمركز القومي للإعلام Na-tional Center for Accessible Media في أنظمة الترجمة المرئية الخاصة بالنافذة الخلفية التي تعرض ترجمة مرئية للمناقشات العامة مع وجود بيانات أساسية للأفلام (أسمائها وخلافة من بيانات أخرى خاصة بها) متصلة بمقاعدهم أي تكون هناك شاشة عرض صغيرة توضع أمامهم مباشرة وذلك خلف كل كرسي. هذا ويتم كذلك عرض الترجمة المرئية خلف الممثلين على المسرح، ثم تنعكس بعد ذلك على تلك الشاشة الأكليريكية الخاصة بالمشاهد والتي تعد بمثابة أداة إلكترونية خاصة.

ومن الجدير بالذكر أن أنظمة الترجمة المرئية الخاصة بالنافذة الخلفية تشبه في فكرتها العامة كما يرى المترجم مع الفارق بين الحالتين ما نراه في بعض الطائرات من وجود شاشة عرض صغيرة مثبتة أمام كل راكب من ركاب الطائرة وذلك خلف كل كرسي بالطائرة بحيث يمكن للراكب بطبيعة الحال أن يتابع مشاهد فيلم أو برنامج معين حسب رغبته. أما الترجمة المرئية في حد ذاتها فتشبه ذلك الشريط المتحرك الذي نشاهده أسفل شاشة التليفزيون خلال عرض البرامج المختلفة حيث تعرض من خلاله أهم الأنباء والأخبار.

أنظمة الترجمة المرئية الخاصة بالنافذة الخلفية شرحاً وتعليقاً ينعكس على الشاشة الأكليريكية الخاصة بالمشاهد

ومن جانب آخر فإن العديد من المعلمين يفضلون استخدام الترجمة المرئية كوسيلة تعليمية. وإذا كانت الترجمة المرئية وفقاً لهذا الرأي تستخدم كوسيلة تعليمية للأطفال الصم فإنها تتطلب في المقام الأول أن يكون الطفل الأصم ملماً بالقراءة والكتابة، أو لنقل أنه ينبغي أن يكون ملماً بالقراءة حتى يتمكن من متابعة ما يتم تقديمه له عن طريقها وإلا فإنه لن يستفيد منها في شيء دون أن يكون قادراً على القراءة ومما لا شك فيه أن هذه الفكرة في حد ذاتها تؤكد من جديد على تفضيل طريقة ثنائي اللغة - ثنائي الثقافة لأن هذه الطريقة كما أوضحنا من قبل تهتم في جانب أقل بتعليم اللغة الإنجليزية للأطفال الصم.

ويرى المترجم أن اتباع هذه الطريقة يتطلب تعليم هؤلاء الأطفال الصم اللغة الإنجليزية إذا كانت اللغة القومية للدولة هي اللغة الإنجليزية، وبالتالي فإننا إذا ما قمنا باتباعها في أي بلد آخر لا تكون اللغة الإنجليزية هي لغته الأم فإننا لن نكون مجبرين آنذاك على تعليم اللغة الإنجليزية لأولئك الأطفال، بل أننا قياساً على ذلك سوف نقوم بتعليمهم اللغة القومية، وسوف نقدم لهم الترجمة المرئية بنفس هذه اللغة وهو الأمر الذي سوف يكون من شأنه أن يجعلهم قادرين على قراءة تلك الترجمة، وبالتالي متابعة ما يحدث، ومعرفة الأحداث أولاً بأول مما يجعلهم يستفيدون من هذه الطريقة.

ويعرض الجدول (2-8) قائمة ببعض الأساليب التي يمكن أن يستخدم الولدان الترجمة المرئية من خلالها حتى يساعدا أطفالهما في سبيل تطوير لغتهم ومهارات القراءة لديهم.

التعاون أو التعليم المشترك للأطفال الصم

إذا كان لا يستطيع سماعي، فكيف اعلمه؟

يتطلب عمل معلم الصف العادية في تعامله مع معلم الاطفال الصم تعلم لغة جديدة أو تعلم التعامل مع مترجم لغة الإشارة. قد يسبب هذا شيء تردد معلم الصف العادي ويعيق من عملية التعاون، إلا أنه في كل الحالات يحق لمعلم الصف العادي المعرفة الشاملة عن إمكانية وقدرات الطالب وليس فقط إعاقته كذلك الاهداف المرجوة من التعاون والتي أعدها معلم الاطفال الصم.

ما هو المتوقع من المعلم الذي يدرس أطفال الصم؟

التركيز من تدريب مدرسي أطفال الصم ليس على المحتوى ولكن على إمكانية التقيم ومميزات ومعالجة أطفال الصم. هؤلاء لديهم مهارات خاصة يستطيعون نقلها للمدرس العام وهي:

1- فهم عناصر التواصل (البصرية، تحديد الأماكن) الضرورية لتحسين الإدراك والتطوير الاجتماعي والعاطفي لدى أطفال الصم.

2- القدرة على التكيف مع التجارب اللغوية (كالتواصل مع الأطفال الآخرين والأصدقاء خلال التعاون الجماعي) لتلائم الاحتياجات البصرية وغيرها لدى أطفال الصم.

3- الوعي والإلمام بالأساليب التي تسهل تطوير الإدراك والتواصل لدى الفرد

الاستراتيجيات الناجحة لمنهج التعليم المشترك

سيدي سدونيا معلمة لأطفال صم، وكوني اندروود معلمة الفصل الثالث، عملنا معاً في تعليم جوي وبريتاني. جوي يعاني من ضعف لغوي ويستخدم معين سمعي. بريتاني طفلة صماء تستخدم لغة الإشارات والتواصل الشفهي.

سيندي: ادرس طلبة صم من الحضانة وحتى الفصل الخامس. يتلقون تعليماً خاصاً إلا أن كلهم يدرسون معا في حصص الموسيقى والمكتبة والرياضية والارشاد ومناسبات خاصة.

كوني: ادرس تعليم عام في الفصل الثالث المكون من 17 طالباً عملت مع أطفال صم في السابق، إلا أنني ما زلت أشعر أنني أتواصل معهم على مسافة معينة ولو كانت الخبرة إيجابية.

سيندي: كنا قلقين بعض الشيء رغم لنا أصدقاء ومدرسات ذوي خبرة. دخلنا إلى فصلها وانضمت هي مع طلابها إلى فصلنا.

كوني: كانت لدي ثلاث مخاوف: أولاً- هل سأتمكن من التواصل مع جوي وبريتاني؟ ثانياً: كم من الوقت تستغرق للتجهيزات؟ ثالثاً: كيف سيتواصل الطلاب؟ ولكن لم يمر وقت طويل حتى تواصل الطلبة بينهم بلغة الإشارة وعلى نهاية العام الدراسي اندهشت من انتشار التواصل بين الطلبة في جميع مراحل الدراسة المشتركة.

سنيدي: من المهم أن ندرك أن التعليم المشترك بهذا المستوى من الأرجح أن يكون صعبا، والذي قد يظهر في مشكلة الجدولة. ومع مرور الوقت واجهنا تحديات التواصل الاجتماعي كان من الأمور التي تحتاج دوما إلى الاهتمام بالرغم من جهودنا.

الهاتف: يعاني الأطفال الصم من صعوبات جمة في استخدام الهاتف إما بسبب شدة فقدانهم السمعي بسبب التغذية السمعية الراجعة (الضوضاء التي يحدثها أو يسببها قرب سماعة الهواتف من سماعة الأذن الخاصة بالطفل) ومع ذلك فإن ابتكار الهواتف النصية text telephones والتي يشار إليها أحياناً على أنها البرقيات الكثيرة Teletypes TTY أي التي تقدم رسالة موجهة بآلة كاتبة البرقيات، أو أساليب التواصل عن بعد للصم Telecommunication Devices for the Deaf TTD. ويمكن للشخص الأصم في الواقع أن يستخدم آلية كاتبة البرقيات بعد توصيلها بجهاز تليفون حتى يتمكن من كتابة رسالة لأي شخص آخر تكون لديه هو الآخر هذه الآلة. كذلك فإن إدخال بعض المواءمات الخاصة على جهاز التليفون يسمح للشخص الذي لا توجد لديه مبرقة كاتبة أن يستخدم بعض الأزرار في التليفون حتى يكتب رسالة معينة لأي شخص يستخدم مبرقة كاتبة.

وتطلب الحكومة الفيدرالية في الوقت الراهن من كل ولاية أن تقدم خدمات متتابعة لأولئك الأشخاص الذين يستخدمون المبرقة الكاتبة. وتسمح الخدمة المتابعة لذلك الشخص الذي يستخدم المبرقة الكاتبة أن يتواصل مع شخص آخر عن طريق سنترال خاص Operator يعمل على نقل الرسالة إلى الشخص الذي لا توجد معه مبرقة كاتبة، فيمكن بالتالي للشخص الذي توجد معه تلك المبرقة أن

يستمر في المحادثة مع شخص آخر لا يستخدمها، أو قد يتلقى الشخص الذي يستخدم تلك المبرقة رسالة من شخص أخر وهو ما يعد بمثابة أمر مهم في سبيل أداء الأنشطة اليومية المختلفة كتحديد المواعيد المختلفة على سبيل المثال. كذلك فإن هناك أعداد كبيرة من الصم يستخدمون وسيلة تليفونية أخرى هي الفاكس.

التعليم القائم على الكمبيوتر: أدى التقدم التكنولوجي فيما يتعلق بالحاسبات الآلية الصغيرة وما يرتبط بها من تكنولوجيا مثل الأسطوانات، ووحدات تشغيل الأقراص المدمجة CD- ROM إلى زيادة احتمالات وإمكانات تعلم الأفراد الصم وأسرهم. فعلى سبيل المثال يمكن للعروض البصرية لأنماط الكلام التي يتم تقديمها على شاشة الكمبيوتر أن تساعد أي شخص فاقد السمع على تعلم الكلام. كذلك فإن تلك البرامج المقدمة على اسطوانات يمكن أن توضح الإشارات المستخدمة للأفراد الصم مما يساعدهم على تعلم لغة الإشارة الأمريكية.

ويشير ستينسون وستوكليس Stinson & Stuckless (1998) أن هناك أمثلة أخرى لتلك التكنولوجيا القائمة على الكمبيوتر منها ما يعرف بالكتابة على الكمبيوتر C- print والتي تساعد الفرد على أن يكتب على الكمبيوتر ما يقال له من جانب أي شخص آخر على سبيل المثال، فيمكن بذلك للشخص الأصم كما يرى كيلي Kelly (2000) أن يقوم بقراءة نص حقيقي يتم عرضه على شاشة الكمبيوتر إضافة إلى قيامه بطباعة ذلك النص في أي وقت لاحق.

الإنترنت: من الجدير بالذكر أن السبل الرئيسة للحصول على المعلومات قد أتاحت مجموعة كبيرة من احتمالات وفرص التواصل أمام الأفراد الصم فوجدنا البريد الإلكتروني على سبيل المثال يسمح لأولئك الأفراد الصم بالتواصل مع بعضهم بعضاً إضافة إلى التواصل مع غيرهم من العاديين. كما يمكنهم أيضاً أن يشاركوا في أداء العديد من الأنشطة المختلفة مع قوائم من الأفراد الآخرين من خلال الإنترنت، وأن يتواصلوا مع فريق الجماعة الإخبارية المختلفة، Newsgroups وأن يشتركوا في غرف المحادثات Chat rooms المخصصة للصم إلى جانب المشاركة في العديد من الأمور والموضوعات الأخرى. ومن ثم فإن الشبكة الدولية التي لا تتوقف على الاتساع تسمح لهؤلاء الأفراد باستغلال مجموعة كبيرة من المصادر المختلفة للمعلومات.

التدخل المبكر Early Intervention:

تُعد تربية وتعليم الأطفال الرضع وأقرانهم في مرحلة ما قبل المدرسة الذين يعانون من فقدان سمعي من الأمور الحاسمة التي تمثل أهمية كبيرة في هذا المضمار. ومن الملاحظ بل ومن غير المدهش على الإطلاق أن نجد أن معظم تلك الأمور الجدلية التي ترتبط بالتدخل المبكر للأطفال الصم إنما تركز على اللغة، وقد يرجع ذلك إلى أن نمو اللغة بالنسبة للأطفال الصم يشهد جدلاً كبيراً. ومن ناحية أخرى تُعد مرحلة الطفولة المبكرة بمثابة فترة مهمة ومرحلة حرجة بالنسبة للنمو اللغوي. وكما أوضحنا عند حديثنا عن الطريقة الشفوية والطريقة اليدوية في التعليم يرى البعض أن اللغة ينبغي أن تحتل بؤرة الاهتمام في برامج التدخل بينما يرى آخرون أنه يجب أن يتم استخدام لغة الإشارة بداية من رحلة المهد. كذلك فمن بين مؤيدي اللغة في هذا الإطار يوصي بعض المختصين

باللجوء إلى استخدام طريقة التواصل الكلي بحيث يتم الدمج بين اللغة المنطوقة وأي أسلوب آخر من أساليب التمثيل الإشاري للغة.

ومن المحتمل أن يكون أداء الأطفال الصم لآباء من الصم أفضل من أداء أقرانهم الصم لآباء من السامعين حيث نجدهم في مرحلة المهد على سبيل المثال يكتسبون لغة الإشارة بمعدل شبيه بذلك المعدل الذي يكتسب به الأطفال العاديون لآباء عاديين اللغة، بينما لا يمكن للأطفال الصم لآباء من السامعين أن يكتسبوا اللغة أو لغة الإشارة بمعدل سريع كهذا المعدل الذي تحدثنا عنه للتو. وقد يرجع ذلك كما يشير بورنشتاين وآخرون وسبنسر وآخرون إلى حقيقة أن تلك التفاعلات اليومية بين الأمهات وأطفالهن الرضع تكون أكثر تيسيراً ، وتتسم بأنها طبيعية بدرجة أكبر عندما يكون كلا الطرفين الطفل والوالدين من الصم وذلك قياساً بهذا الوضع الذي يكون فيه الطفل فقط هو الأصم ويكون والداه من السامعين إذ تتسم تلك التفاعلات التي تقوم بها الأمهات السامعات لأطفال من الصم مع هؤلاء الأطفال بأنها تكون توجيهية بدرجة أكبر أي لا ترتبط بذلك النشاط الذي يبديه الطفل ويقوم به، أو التي لا ترتبط باهتمامه الذي يعبر عنه.

وفضلاً عن السهولة في استخدام لغة الإشارة الأمريكية التي يجدها الآباء الصم فإنهم يكونون كذلك أكثر استعداداً للتعايش مع ذلك الصمم الذي يكون قد لحق بطفلهم، أما الآباء السامعين فإنهم لا يكونوا معدين لميلاد طفل أصم لهم في حين يعتمد الآباء الصم على خبرتهم في سبيل تقديم المساندة المطلوبة لطفلهم الأصم. كذلك فإن الآباء السامعين عندما يرغبون في تعليم طفلهم الأصم لغة الإشارة فإنهم يحتاجون إلى المساعدة في فهم أهمية الطريقة البصرية أو الأسلوب البصري في التواصل مع أطفالهم الصم حيث نجدهم يحتاجون على سبيل المثال إلى فهم أن التواصل البصري من جانب الطفل الأصم يعد غاية في الأهمية نظراً لأنه يعد في الواقع هو طريقته في التعبير عن مدى اهتمامه ودافعيته اللفظية أو المناغاة من خلال إصدار الكلام غير المفهوم فإن الأطفال الصم ينغمسون كذلك في مثل هذا الشكل من الأصوات، ولكنه يتم في الواقع من خلال استخدامهم لأيديهم في هذا الصدد وذلك مع بداية اكتسابهم للغة الإشارة واستخدامهم المتكرر لها.

ومن جانب آخر فإن الآباء السامعين لأطفال من الصم يواجهون صعوبة فيما يتعلق بتقديم نماذج ملائمة للغة الإشارة لهؤلاء الأطفال الذي يكون من الصعب بالنسبة لهم أن يتعلموا سواء تمثل ذلك في أسلوب تمثيل إشارة للغة الإنجليزية أو لغة الإشارة الأمريكية وخاصة لغة الإشارة الأمريكية هذه وذلك إلى درجة عالية من الطلاقة خلال فترة زمنية قصيرة نسبياً. ومثل أي لغة فإنه يصبح من الأصعب بالنسبة للمراهق أو الراشد أن يكتسب لغة الإشارة الأمريكية، بل إنه نادراً ما يتعلمها بنفس الدرجة من الطلاقة التي يستخدمها الشخص الأصم الذي يُعدها في الواقع هي لغته الأم.

وجدير بالذكر أنه وفقاً لما يراه العديد من المختصين كما يشير أندروز وزميجويسكي Andrews & Zmijewski (1997) من أن والدي أكثر من (90%) تقريباً من الأطفال الصم يعدون من السامعين

وهو الأمر الذي يؤكد على أهمية التدخل بالنسبة للأطفال الصم من الرضع أو صغار السن، ويتفق في ذات الوقت مع ما يراه العديد من المختصين من أن هناك حاجة ماسة للغاية للتدخل المبكر وذلك بالنسبة للأسر من هذا القبيل أي التي يكون فيها الطفل أصماً ويكون الوالدان من السامعين وذلك قياساً بما يكون عليه الأمر في تلك الأسر التي يكون كلا الطرفين فيها أي الطفل والوالدين من الصم حيث تقل الحاجة فيها إلى التدخل المبكر أو على الأقل لا تكون تلك الحاجة بنفس القدر من الأهمية الذي تبدو عليه عندما يكون الوالدان من العاديين ويكون الطفل أصماً.

ومن هذا المنطلق فقد أعد المعلمون برامج للتدخل في مرحلة ما قبل المدرسة حتى يتمكنوا من تعليم الأطفال الصم أساسيات لغة الإشارة إلى جانب تعليم أطفالهم السامعين تلك الأساسيات أيضاً. فبمجرد أن يكون الطفل مستعداً للتطور فيما بعد النطق بكلمة أو كلمتين من خلال لغة الإشارة يصبح من المهم أن نوفر له نماذج ممن يستخدمون لغة الإشارة على أنها لغتهم الأم. وفي هذا الإطار يوصي المختصون باللجوء إلى ما تتم ممارسته في السويد في هذا الخصوص إذ يمثل الراشدون الصم جزءاً من برنامج التدخل المبكر نظراً لأنه يمكن الاستفادة منهم كنماذج للغة الإشارة. كما أن بإمكانهم مساعدة الآباء السامعين في تكوين توقعات إيجابية تتعلق بتلك القدرة الكامنة لأطفالهم الصم. وقد يوضح ذلك تلك الفكرة التي عرضناها سابقاً عند المقارنة بين مستوى تحصيل الأطفال الصم لآباء من الصم وأقرانهم الصم لآباء من السامعين. وعلى الرغم من أن الآباء السامعين لا يكون بمقدروهم مطلقاً أن يتواصلوا مع أطفالهم الصم بطلاقة من خلال استخدام لغة الإشارة فإنه من المهم أن يستمروا في استخدام الإشارات عند تعاملهم مع أطفالهم حيث إن الإشارة لا توفر للوالدين وسيلة يتمكنان بموجبها من التواصل مع الطفل فحسب، بل إنها إلى جانب ذلك تثبت أنهما يقدران تلك اللغة التي يستخدمها الطفل، بل ويقدران ثقافة الصم أيضاً.

التواصل مع الأقران من ذوي الإعاقة السمعية: ياسمين صالح

شخصت بالصمم وهي في سن 16 شهراً، لم تتواصل مع الآخرين ذوي الإعاقة السمعية إلا بعد أن انتقلت أسرتها إلى مدينة مينيسوتا في المرحلة المتوسطة. وتعلمت هناك لغة الإشارة الأمريكية وكان لديها مترجم خاص. التحقت بجامعة فيرجينيا حيث كانت تسكن مع مترجمين للغة الإشارة وزملاء يشاركون في كتابة الملاحظات والتي يتوافر لهم مقاعد مخصصة داخل الفصل. تخرجت عام 20.0 وتطمح في استكمال دراستها الجامعية في مجال الطب بجامعة الينويس في خريف عام 2010.

1- ماذا تفعلين للتسلية؟

اتواجد مع الاصدقاء، نذهب للسينما، واسهم في مجتمع الصم المحلي في التوعية عن الصمم واحب أيضاً الترحال.

-2 ما هي طريقتك المفضلة للاسترخاء؟

الرياضة ورفع الأثقال بعض الأحيان، وممارسة اليوغا.

-3 ما هو الشيء الذي تتفوقين فيه؟

اكاديميا ربما في الرياضيات، غير ذلك ألعب كرة السلة بمهارة منذ الثانوية.

-4 ما هو الشيء الذي يضايقك؟

أكره المخالفين في السير عند القيادة

-5 من هو المدرس الذي أثر فيك ايجابياً؟

أ.د كريستوفر كريت، يدرس لغة الإشارة الأمريكية واللغة الانجليزية في جامعة فرجينيا. يعاني بشده من ضعف في السمع ومساهم فعال مع مجتمع الصم في جامعة فرجينيا. لم يدرسني ولكن من خلال زملائي اثبت لي أن الصم يمكنهم فعل أي شيء.

-6 من هم المثل الأعلى لديك؟

والداي، القيم الأخلاقية بالاجتهاد والمثابرة كانا لها الأثر الكبير في حياتي.

-7 ما هي أصعب معاناة لك في الإعاقة؟

سوء فهم البعض وتكنهاتهم والاعتقاد بأن الصم عاجزون عن الأعمال التي هم قادرون عليها

-8 هل ترين أن الإعاقة قد تمنعك من تحقيق ما ترغبين به في الحياة؟

لا اعتقد هناك عوائق يجب تخطيها ولكن بالعمل الجاد استطيع إنجازها.

-9 هل أثرت إعاقتك في حياتك الاجتماعية؟

أصدقائي في الكلية أكبر مني في السن، ولكنهم يدركون إنني أكثر نضجاً من أي فتاة في سن 18، وأسعى دوما إلى الحفاظ على التوازن.

-10 هل هناك ميزات للإعاقة قد يتفاجأ البعض بها؟

تعلمت العمل الجاد وان أثبت وأدافع عن نفسي بسبب إعاقتي

-11 ما هي في نظرك نظرة الآخرين تجاهك؟

في السابق كان معظم الناس يظهرون تخوفاً مني وكذلك اردرائي، أما الآن فينظرون لي بعين المساواة، كما أتمنى أن يرونني كشخص فكاهي وجميل.

-12 ما هو الشيء الذي تتمنين ان يعلمه الآخرين عنك؟

لم أسافر خارج البلاد من قبل. مع ذلك ساسافر مع والدي في رحلة طبية إلى فلسطين في فصل الصيف هذا العام.

-13 أين ترين نفسك بعد 10 سنوات من الآن؟

أرى نفسي وسط أسرة صغيرة ، ربما أعمل في المنزل أو المجال الطبي.

-14 أكملي العبارة: لا أستطيع العيش من غير ...

الإنترنت، أفضل ابتكار على الإطلاق.

الانتقال إلى مرحلة الرشد Transitions to Adulthood:

يرى شيرمر(2001) Shirmer أن كلاً من البطالة Unemployment والقدر الزائد من التأهيل للوظيفة والذي يجعلها أقل من قدرات الفرد Underemployment يُعدان من المشكلات الأساسية التي يواجهها الأفراد الصم وخاصة النساء. ومع ذلك فإن هناك أدلة على أن تلك الصورة القاتمة قد بدأت تدريجياً في التغير، وأن السبب الأساسي الذي يكمن خلف هذا التغير إنما يتمثل في زيادة استخدام برامج التدخل للأفراد الصم فيما بعد المرحلة الثانوية من التعليم حيث أسفرت نتائج تلك الدراسة التتبعية التي أجراها سكرودل وجيير (2000) Schroedel & Geyer والتي استمرت خمس عشرة سنة وذلك لأفراد من الصم تخرجوا من كليات مدة الدراسة بها عامان وأقران لهم من الصم أيضاً تخرجوا من كليات أخرى مدة الدراسة بها أربع سنوات بالرغم من أن الدراسة بالكلية عامة إلا أنها قد أحدثت تغيراً جوهرياً في شغل أولئك الأفراد لمهن تعد مناسبة لهم ولقدراتهم كما ساعدتهم في إشباع احتياجاتهم المادية.

التعليم بعد المرحلة الثانوية:

تُعد كلية جالوديت Gallaudet والتي تعرف الآن بجامعة جالوديت هي المؤسسة التعليمية الوحيدة التي كانت حتى منتصف الستينيات من القرن الماضي تقبل الطلاب الصم للدراسة بها، ولم يكن أمام أولئك الطلاب الذين لم يلتحقوا بها أي خيار آخر إذا ما رغبوا في استكمال دراستهم سوى الالتحاق بكليات أو جامعات تقليدية رغم أن مثل هذه المؤسسات التعليمية لا تتعامل مطلقاً مع الاحتياجات الخاصة لهؤلاء الطلاب الصم. وعلى هذا الأساس فلم يتجاوز عدد الطلاب الصم بالولايات المتحدة الأمريكية الذين تخرجوا من كليات وجامعات عادية حسب ما أسفرت عنه تلك الدراسة التي أجراها كويجلي وآخرون (1968) Quigley et al وذلك خلال المدة من عام (1910) وحتى عام (1965) مائتين وأربع وعشرين شخصاً فقط.

ومما لا شك فيه أن مثل هذه النتائج قد أدت إلى زيادة تلك البرامج التي يتم تقديمها بعد المرحلة الثانوية للطلاب الصم، كما قامت الحكومة الفيدرالية بتمويل العديد من هذه البرامج لمثل هؤلاء الطلاب. وتعد جامعة جالوديت Gallaudet University التابع أساساً لمعهد روشستر للتكنولوجيا Rochester Institute of Techology في طليعة تلك المؤسسات التي تعمل على تقديم البرامج الخاصة بالصم، بل إنهما يمثلان في الواقع أهم برنامجين للطلاب الصم. ويركز برنامج هذا المعهد على تدريب الصم في المجالات الفنية ليكمل بذلك برنامج الدراسات الفنية الحرة وغير الحرفية التي تقدمها جامعة جالوديت. كذلك فإن بعض الطلاب الصم يحضرون في المعهد الفني القومي للصم في فصول مع الطلاب العاديين التابعين لمعهد روشستر للتكنولوجيا إذ إن هذا المعهد يقبل الطلاب سواء من الصم أو العاديين للدراسة به.

وفضلاً عن هذين البرنامجين الأساسيين للصم فإن هناك في الوقت الراهن العديد من البرامج التي تم إعدادها للمرحلة بعد الثانوية في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا، ويتم تقديمها لأولئك الطلاب. أما من الناحية القانونية فإن جامعة جالوديت والمعهد الفني القومي للصم هما المسؤولان عن تقديم الخدمات اللازمة للطلاب الصم في كل أنحاء الولايات المتحدة الأمريكية، أما البرامج الأخرى فإن بعضها يوجه للطلاب من بعض الولايات فقط، أو من ولاية واحدة، أو من بعض الضواحي في إحدى الولايات دون سواها.

وعلى الرغم من أن العديد من الطلاب الصم المقيدين بالتعليم العالي يختارون بل ويفضلون الانتظام في جامعة جالوديت، أو في المعهد الفني القومي للصم، أو في تلك الكليات التي تقدم برامج خاصة فإن بعضهم يلتحق بكليات أو جامعات تقليدية. وعادة ما يستفيد هؤلاء الطلاب من تلك البرامج الجامعية التي تم تصميمها في سبيل تيسير حدوث واكتساب الخبرات الأكاديمية للطلاب ذوي الإعاقات والتي يُعد أهم المزايا التي تقدمها لهم توفير مترجمين للغة الإشارة في تلك الفصول التي يحضرون أو ينتظمون فيها.

ورغم أن ذلك الدور الذي يلعبه مترجمو لغة الإشارة قد دار حوله جدل واسع يوازي تقريباً ما دار حول طريقة التواصل الكلي فيما يتعلق باستخدام لغة الإشارة الأمريكية في مقابل أحد أساليب التمثيل الإشاري للغة الإنجليزية فإن الصراع الجوهري فيما يتعلق بدور مترجمي لغة الإشارة يدور في الأساس حول استخدام ما يعرف بنقل حروف لغة معينة إلى حروف لغة أخرى Transliteration ذلك بدلاً من استخدام لغة الإشارة الأمريكية. ومن المعروف أن مثل هذا النقل للحروف يعد شبيهاً بأساليب التمثيل الإشاري للغة الإنجليزية . ويحافظ على نفس ترتيب الكلمات الذي تحتله أو تشغله في اللغة المنطوقة. أما لغة الإشارة الأمريكية على الجانب الآخر فتتطلب من المترجم أن يدرك معنى ما يقال، وأن يفهمه جيداً قبل أن يستخدموا لغة الإشارة الأمريكية فإن نتائج البحوث والدراسات التي أجريت في هذا الصدد قد أسفرت كما يشير ليفينجستون وآخرون Livingston et al. عن أنها تُعد أكثر فعالية من نقل حروف اللغة إلى حروف لغة أخرى.

وجدير بالذكر أنه لا توجد لدى العديد من معلمي الجامعة سوى خبرة محدودة في التعامل مع مترجمي لغة الإشارة، ورغم ذلك يعد من المهم جداً بالنسبة لكل منهما كما يرى سيبل Siple(1993) أن يعمل مع الآخر في سبيل تقديم الحد الأقصى من خبرات التعلم للطلاب الصم من غير حدوث أي نوع من التأثير السلبي في الطلاب الآخرين في نفس الفصل. كما يشير جونز وآخرون Jones et al (1997) أنه إلى جانب ذلك فإن هناك حاجة ماسة لوجود مترجمي لغة الإشارة في مدارس التعليم العام من المرحلة الابتدائية وحتى المرحلة الثانوية رغم وجود نقص كبير في أعداد مترجمي لغة الإشارة المؤهلين للعمل في مدارس التعليم العام، كما أنه لا يوجد هناك اتفاق محدد حول ذلك الدور

الذي ينبغي عليهم أن يقوموا به حيث يتعامل المعلمون معهم أحياناً على أنهم مساعدون لهم فيسندون إليهم أموراً مثل تصحيح أوراق الطلاب الخاصة بهذه المادة الدراسية أو تلك من ناحية، أو يسندون إليهم تدريب الطلاب على بعض الأمور من ناحية أخرى.

قضايا أسرية:

يرى بوشينو Buchino (1993) أنه غالباً ما يواجه الأفراد الصم تحديات نوعية فيما يتعلق بإدارة شؤون الأسرة حيث توضح الإحصائيات القومية أن حوالي 95% تقريباً من الراشدين الصم يختارون أزواجاً لهم من الصم، وأن حوالي 90% من أبنائهم الذين ينجبونهم على أثر هذا الزواج يكونون من السامعين. وغالباً ما يعمل هؤلاء الأطفال السامعين كمترجمين للغة الإشارة لوالديهم وهو الأمر الذي يسهم في تطوير الثقة بالنفس من جانب أولئك الأشخاص المحيطين بهؤلاء الراشدين الصم كالمحامين، والأطباء، وموظفي شركات التأمين حيث يتأكدون من وصول المعنى الذي يقصدونه إليهم، ولكنه رغم ذلك يمكن أن يجبر الفرد على أن يواجه بعض التحيزات غير السارة أيضاً حيث قد يستمعون إلى بعض التعليقات التي قد لا ترضيهم وذلك من جانب بعض الأشخاص. وقد يستاء هؤلاء الأطفال بعد ذلك من حقيقة أن قيامهم بالترجمة لوالديهم يمكن أن يتعارض مع حياتهم الاجتماعية إلى حد بعيد.

ومن جانب آخر فقد كان هناك تقليد استمر لفترة طويلة يعمل على إعداد الطلاب الصم لكي يكونوا من أصحاب المهن اليدوية. إلا أن مثل هذه المهن التي لا تتطلب المهارة أو التي قد تتطلب قدراً محدوداً منها قد اختفت سريعاً في الوقت الراهن من القوى العاملية وظهرت بدلاً منها مهن تتطلب مستوى مرتفعاً من المهارات وهو الأمر الذي جعل الأفراد الصم يواجهون عقبات كثيرة عندما يلتحقون بسوق العمل. وبالرغم من أن الفرص التعليمية والاجتماعية وفرص العمل التي تتاح أمام الأفراد الصم غالباً ما تكون محدودة فإن هناك العديد من الأسباب التي تدفعنا إلى التفاؤل بالنسبة للمستقبل حيث هناك استمرار في تقديم المزيد من البرامج الانتقالية، والبرامج التعليمية التي يتم تقديمها بعد المرحلة الثانوية إلى جانب وعي عام متزايد بالقدرات الكامنة لهؤلاء الأفراد الصم مما قد يسهم في تقديم صورة لهم أكثر إشراقاً.

ملخص الفصل (SUMMARY):

يذهب المربون في تعريفهم للفقدان السمعي إلى ذلك المدى الذي يؤثر فيه فقدان السمع في قدرة الفرد على التحدث وفهم اللغة المنطوقة، وبالتالي فإنهم يشيرون في هذا الصدد إلى الصم على أنهم أولئك الأفراد الذين لا يمكنهم القيام بمعالجة المعلومات اللغوية . ويشيرون من جانب آخر إلى ما يمكنه القيام بذلك على أنه ضعيف السمع. وإضافة إلى ذلك بأنه يشار إلى من يولد أصما، أو من يفقد السمع قبل اكتساب اللغة على أنه يعاني من فقدان السمع قبل اللغوي بينما يشار إلى من يفقد سمعه بعد اكتساب اللغة على أن يعاني من فقدان في السمع بعد اللغوي. هذا ويفضل المختصون وجهة النظر الفسيولوجية في تعريف الأطفال الصم بحيث يرونهم على أنهم غير قادرين على سماع تلك الأصوات المختلفة التي تكون ذات مستوى حدة معين، أو التي تقل أو تزيد عن مثل هذا المستوى، أما غيرهم من الأطفال ممن يعانون من قدر معين من الإعاقة السمعية فيشار إليهم عادة على أنهم ضعاف سمع.

ومن الجدير بالذكر أن هناك ثلاثة أنواع من الاختبارات تعد هي الأكثر شيوعاً في قياس حدة السمع أو شدته هي:

1- القياس السمعي لمدى نقاء الصوت.

2- القياس السمعي للطلاب.

3- الاختبارات الخاصة بالأطفال الأصغر سناً.

ومن المعروف أن شدة الصوت تقاس بالديسيبل بينما يقاس تردده بالهرتز، وعادة ما يصنف المختصون أسباب فقدان السمع وفقاً لمكان أو موضع حدوثه في ميكانيزم السمع أو جهاز السمع، فإذا ما كانت المشكلة في المسار التوصيلي من الأذن يصبح فقدان السمع توصيلياً، أما إذا كانت المشكلة في الأذن الداخلية، وكانت أكثر شدة وصعوبة فيكون فقدان السمع في تلك الحالة حسياً وعصبياً، وقد يكون فقدان السمع مختلطاً بجمع بين هذين النوعين معاً، كما قد يكون مركزياً ذا صلة مباشرة بمركز السمع بالمخ.

وغالباً ما ترجع تلك الإعاقات التي قد تتعرض الأذن الخارجية لها إلى ما قد يصيب القناة الخارجية من عدوى أو التهابات أو أورام. أما المشكلات في الأذن الوسطى فعادة ما ترجع إلى سوء الأداء الوظيفي لواحدة أو أكثر من العظيمات الثلاث الدقيقة المعروفة بالمطرقة، والسندان، والركاب. كما أنها قد ترجع كذلك إلى التهاب الأذن الوسطى الناجم عن سوء الأداء الوظيفي لقناة استاكيوس. بينما ترجع مشكلات الأذن الداخلية إلى العوامل الوراثية، كما قد ترجع إلى عوامل مكتسبة أيضاً كالإصابات البكتيرية مثل التهاب السحايا، أو الإصابات الفيروسية كالنكاف والحصبة، أو الإصابات التي قد تتعرض لها الأم في مرحلة ما قبل الولادة مثل إصابتها بالفيروس المضخم للخلايا أو الهربز أو الحصبة الألمانية أو الزهري، أو ما يمكن أن يتعرض له الوليد من نقص الأكسجين أثناء عملية الولادة إضافة إلى بعض العوامل المهمة بعد الولادة من أهمها التعرض المستمر للضوضاء أو ما يعرف بالتلوث الضوضائي.

وجدير بالذكر أن لفقدان السمع آثاره الشديدة على الأفراد حيث لا يمكنهم من التحدث أو فهم اللغة المنطوقة، ومن ثم يصبح عليهم أن يتعلموا لغة الإشارة حتى تصبح كأداة أساسية بالنسبة لهم تساعدهم على تحقيق التواصل مع المحيطين بهم. ولذلك فإنهم ينبغي عند تطبيق أي اختبارات على هؤلاء الأفراد أن يتم استخدام لغة الإشارة إلى جانب استخدام الجانب غير اللفظي (الأدائي) من اختبارات الذكاء.

وبصفة عامة فإن التحصيل الأكاديمي للطلاب الصم يتسم بالانخفاض الشديد حتى في الحساب الذي يعد هو أفضل المواد الدراسية بالنسبة لهم. وفيما يتعلق بالتحصيل في القراءة فإن مستوى التحصيل للأطفال الصم لآباء من الصم يرتفع عن مستوى تحصيل الأطفال الصم للآباء من السامعين. وقد يرجع ذلك إلى إمكانية قيام الآباء الصم بالتواصل على نحو أسهل مع أطفالهم الصم باستخدام لغة الإشارة. كذلك فإن الأطفال الصم الذي يتسمون بطلاقتهم في استخدام لغة الإشارة الأمريكية يرتفع مستوى تحصيلهم الأكاديمي. ونظراً لعدم وجود العدد الكافي من الأفراد الذين يتعامل الأفراد الصم معهم فإنهم يعدون أكثر عرضة للوحدة أو العزلة الاجتماعية، كما أن الأطفال الصم لآباء من السامعين قد يجدون صعوبة في التعامل مع والديهم مما قد يجعلهم يشعرون بعدم السعادة. ولذلك فإنهم قد يبحثون عن أفراد صم مثلهم حتى يتمكنوا من التعامل معهم حيث يمكنهم جميعاً آنذاك الاستفادة من ثقافة الصم التي تقوم على ست عوامل أساسية هي:

1- التمييز اللغوي.

2- الصمم الاتجاهي.

3- المعايير السلوكية.

4- أنماط زواج الأقارب.

5- الوعي التاريخي.

6- الشبكات التنظيمية التطوعية.

ويرى البعض أن تناقص أعداد أندية الصم وانحسارها يعد دليلاً عملياً على تآكل ثقافة الصم. ومن الملاحظ أنه قد ازدادت عمليات زراعة القوقعة، واستخدام التطورات التكنولوجية الحديثة في هذا الإطار مما قد يسهم على نحو مباشر في زيادة تواصلهم مع الآخرين. أما عن الطريقة الأساسية لتعليم هؤلاء الأفراد فقد كانت الطريقة الشفوية، والطريقة اليدوية هما المتبعتان، أما الآن فقد تم الجمع بينهما فيما يعرف بمدخل التواصل الكلي والذي يتم من خلاله استخدام عدد من الطرق ذات الأهمية من بينها ما يأتي:

1- الطريقة السمعية - اللفظية.

2- قراءة الحديث أو الكلام.

3- أساليب التمثيل الإشاري للغة الإنجليزية.

ولذلك يبدي البعض عدم رضاهم عن طريقة التواصل الكلي لأنها تستخدم لغة الإشارة الإنجليزية بدلاً من لغة الإشارة الأمريكية إذ يرون أن تلك الأنساق ليست لغات حقيقية رغم اتباعها لنفس ترتيب الكلمات في اللغة المنطوقة، أما لغة الإشارة الأمريكية فهي لغة حقيقية لها قواعدها النحوية المميزة وتراكيبها اللغوية، وتعمل استفادة الأفراد الصم منها على توفير نماذج مزدوجة اللغة لهم حيث تركز طريقة ثنائي اللغة وثنائي الثقافة على الرغم من تعدد البدائل التربوية للطلاب الصم والتي تتباين إما بدمجهم في فصول خاصة ملحقة بالمدرسة العادية أو دمجهم في فصول التعليم العام، إلا أن دمجهم كلياً أكثر يكون مناسباً للطلاب الذين يعانون من فقدان سمعي بسيط، أو الطلاب الذين يكون والديهم من السامعين. ومع ظهور التطورات التكنولوجية الحديثة في هذا الصدد أصبح لها دوراً مهماً في تسهيل حدوث التواصل والتعليم والتدريب، ومن

أهم هذه الوسائل الحديثة ما يلي:

1- سماعات الأذن.

2- الترجمة المرئية على شاشة التليفزيون.

3- الهواتف.

4- التعليم القائم على الكمبيوتر.

5- الإنترنت.

هذا ويشهد الوقت الراهن وجود العديد من برامج التدخل المبكر للأطفال الصم الرضع، وللأطفال الصم بمرحلة ما قبل المدرسة. وتزداد الحاجة إلى تلك البرامج في تلك الأسر التي يكون الوالدان فيها من السامعين مقارنة بتلك الأسر التي يكون الوالدان فيها من الصم حيث لا يصل الآباء السامعين إلى درجة الطلاقة في استخدام لغة الإشارة الأمريكية التي يصعب تعلمها بسرعة. أما بالنسبة للمراهقين والراشدين الصم فهناك برامج عديدة أيضاً أهمها ما تقدمه جامعة جالوديت، والمعهد الفني القومي للصم إلى جانب العديد من البرامج الخاصة بالصم وضعاف السمع والتي يتم تقديمها بعد المرحلة الثانوية.كذلك يمكن للأفراد الصم الالتحاق أيضاً بالكليات التقليدية الأخرى مع أقرانهم العاديين، والاستفادة من وجود مترجمي لغة الإشارة، ومن البرامج الجامعية المختلفة التي يتم تقديمها لهم فيها. وإضافة إلى ذلك هناك العديد من البرامج الانتقالية التي يتم تقديمها لأولئك الطلاب الصم الذين يودون الاشتراك في تلك البرامج التي يتم تقديمها لهم بعد المرحلة الثانوية. وعلى الرغم مما يبدو من انخفاض نسبة البطالة بين الصم، أو الإفراط في تأهيلهم للوظائف مما يجعلها تبدو غير مناسبة لهم فإن تلك النسبة لا تزال مرتفعة رغم كل هذه الجهود التي تم بذلها في هذا المضمار.

الفصل

9

الطلبة المكفوفون وضعاف البصر

Learners With Blindness and Low Vision

د. شادن خليل عليوات
برنامج الدراسات العليا التربوية
جامعة الملك عبد العزيز

يتفاوت الأشخاص ذوو الاعاقة البصرية في مدى تقبلَهم لإعاقتهم فالبعض يكتسب قوة داخلية من كونه مختلفا في حين يَعد آخرون أن هذا الاختلاف ضعفاً لا يمكنهم التغلب عليه. وتعد ردود أفعال المجتمع تجاه الإعاقة إحدى المعيقات الأساسية لتقبل هؤلاء الأشخاص لإعاقتهم. هذا ويخشى الناس الإعاقة البصرية كونها إعاقة مرئية من خلال شكل العين أو استخدام الشخص للعصا البيضاء أو الكلب المرشد أو ارتداء نظاره سميكة، كذلك يعتقد الكثيرون أن العين هي أساس التواصل الفعال كونها الوسيلة الوحيدة للتواصل البصري مع الآخرين هذا بالاضافة الى ارتباط العين بالمفهوم التقليدي للجمال ولكن يكفي بأن نتواصل مع شخص ذي اعاقة بصرية لندرك بأن البصر ليس الحاسة الوحيدة التي تمكنه من الاستمتاع بالجمال أو التواصل مع الآخرين.

يتوقع بعد قراءتك لهذا الفصل أن تعرف الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- كيف يُعرف و يصنف المختصون الطلبة المكفوفين و ضعاف البصر؟
- ما هي نسبة انتشار الإعاقة البصرية؟
- ما هي الخصائص التشريحية و الفسيولوجية الرئيسة للعين؟
- كيف تقاس القدرة البصرية؟
- ما هي أسباب الإعاقة البصرية؟
- ما هي الخصائص النفسية و السلوكية للطلبة ذوي الإعاقةالبصرية؟
- ما هي الاعتبارات التربوية للطلبة ذوي الإعاقة البصرية؟
- كيف يقوم المختصون بتقييم تطور المهارات الأكاديمية والوظيفية للطلبة ذوي الإعاقة البصرية ، وكيف يقوم المختصون بإجراء التعديلات الضرورية لاختباراتهم؟
- ما هي اعتبارات التدخل المبكر الضرورية للطلبة ذوي الإعاقةالبصرية؟
- ما هي الاعتبارات الضرورية الخاصة بالانتقال لمرحلة الرشد للطلبة ذوي الإعاقة البصرية؟

بعض الاعتقادات الخاطئة والصحيحة حول الطلبة المكفوفين وضعاف البصر

الاعتقاد الخاطئ: لا يملك الأشخاص المصنفون رسمياً بأنهم مكفوفون أي رؤية على الإطلاق.

الاعتقاد الصحيح: نسبة قليلة فقط من الأشخاص المصنفين رسمياً بأنهم مكفوفون لا يملكون أي رؤية على الإطلاق.

الاعتقاد الخاطئ: يملك الأشخاص المكفوفون حاسة إضافية تساعدهم على اكتشاف العوائق.

الاعتقاد الصحيح: لا يملك الأشخاص المكفوفون حاسة إضافية تساعدهم على اكتشاف العوائق، بل يستطيع بعضهم تطوير استخدام هذه الحاسة من خلال ملاحظة التغييرات في صدى الأشياء المحيطة.

الاعتقاد الخاطئ: يطور الأشخاص المكفوفون تلقائياً حدة أفضل لحواسهم الأخرى.

الاعتقاد الصحيح: يتعلم الأشخاص المكفوفون - من خلال التركيز والانتباه - إجراء تمييزات دقيقة جداً من خلال حواسهم الأخرى، ولا يتم هذا تلقائياً، بل يتم من خلال تعلمهم استخدام المعلومات المستقبلة على نحو أفضل.

الاعتقاد الخاطئ: يملك الأشخاص المكفوفون قدرة موسيقية عالية.

الاعتقاد الصحيح: لا يملك الأشخاص المكفوفون - بالضرورة - قدرة موسيقية أفضل من الأشخاص المبصرين، غير أن العديد من الأشخاص المكفوفين يمارسون مهناً موسيقية كأحد الطرق لتحقيق النجاح.

الاعتقاد الخاطئ: تُعد السلوكات النمطية (مثل هز الجسم وأرجحة الرأس) سلوكيات لا تكيفية ويجب التخلص منها تماماً.

الاعتقاد الصحيح: بالرغم من الحاجة للمزيد من البحوث، يعتقد بعض المختصين بأن هذه السلوكات - إلا إذا كانت شديدة جداً - تساعد الأشخاص المكفوفين على تنظيم مستويات يقظتهم.

الاعتقاد الخاطئ: لا تُعد طريقة برايل مفيدة جداً للغالبية العظمى من الأشخاص المكفوفين، بل يجب أن تُعد ملاذهم الأخير.

الاعتقاد الصحيح: يتعلم عدد قليل جداً من الأشخاص المكفوفين طريقة برايل، وذلك لاعتقادهم بأنها مؤشر على الفشل، وأيضاً بسبب تحيز المختصين تاريخياً ضد هذه الطريقة بالرغم من إدراكهم مدى فائدتها للأشخاص المكفوفين.

الاعتقاد الخاطئ: لا تعد طريقة برايل مفيدة لضعاف البصر.

الاعتقاد الصحيح: يعاني بعض الأشخاص ضعاف البصر من حالات قد تنتهي بفقدان البصر الكلي، ولذلك يعتقد المختصون بأن هؤلاء الأشخاص يجب أن يتعلموا طريقة برايل استعداداً لعدم القدرة على قراءة الطباعة على نحو فعال.

الاعتقاد الخاطئ: إذا استخدم الأشخاص ضعاف البصر بصرهم كثيراً فإنه سيسوء.

الاعتقاد الصحيح: نادراً ما يكون هذا صحيحاً؛ فلن تضعف الرؤية بسبب استخدام العدسات المكبرة أو بسبب تقريب الكتاب من العينين ، حيث يمكن تطوير الفاعلية البصرية من خلال التدريب والاستخدام.

الاعتقاد الخاطئ: يجب تأجيل التدريب على مهارات التنقل للمرحلة الابتدائية أو الإعدادية.

الاعتقاد الصحيح: أدرك المختصون بأن الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة يمكنهم الاستفادة من التدريب على التنقل ويشمل ذلك استخدام العصا الطويلة.

الاعتقاد الخاطئ: تُعد العصا الطويلة أداة بسيطة وسهلة الاستخدام.

الاعتقاد الصحيح: حددت الأكاديمية الوطنية للعلوم بعض المواصفات لمصنعي العصا الطويلة ولاستخدامها الصحيح.

الاعتقاد الخاطئ: تساعد الكلاب المرشدة الأشخاص المكفوفين في الذهاب لأي مكان.

الاعتقاد الصحيح: لا تستطيع الكلاب المرشدة أخذ الشخص الكفيف إلى أي مكان يرغب في الذهاب إليه، بل يجب أن يعرف الشخص الكفيف إلى أين سيذهب، وأما الكلاب المرشدة فإنها تقوم بحمايته من العوائق والأماكن الخطرة.

الاعتقاد الخاطئ: ستحل التكنولوجيا قريباً محل طريقة برايل ومحل أدوات التنقل (مثل العصا الطويلة والكلاب المرشدة)، هذا بالاضافة إلى أن التكنولوجيا أوشكت على استعادة أبصار الأشخاص المكفوفين.

الاعتقاد الصحيح: من المشكوك فيه أن تصبح التكنولوجيا في مجال الإعاقة البصرية فعالة – قريباً – بنفس فعالية طريقة برايل أو العصا الطويلة أو الكلاب المرشدة. هذا، وتُعد البحوث حول الرؤية الاصطناعية مثيرة للاهتمام، لكنها لا تَعِدُ بتقدم عملي ضخم سريع.

التعريف والتصنيف Definition And Classification:

يُعد التعريفان القانوني والتربوي من أكثر الطرق شيوعاً لوصف الأشخاص ذوي الاعاقة البصرية؛ حيث يستخدم عامة الناس والإطباء التعريف القانوني في حين يفضل التربويون التعريف التربوي.

التعريف القانوني Legal Definition:

يتضمن التعريف القانوني تقييم حدة الإبصار ومجال الرؤية، فالشخص المصنف قانونياً بأنه كفيف تصل حدته البصرية إلى 20/200 قدم أو أقل في أفضل العينين بعد إجراء التصحيح اللازم (مثل : النظارات الطبية) أو يكون مجال الرؤية لديه ضيقاً جداً بحيث لا يزيد أوسع قطر لزاوية رؤيته عن 20 درجة.، وتدل النسبة 20/200 قدم إن ما يراه الشخص المبصر على مسافة 200 قدم يراه الشخص الكفيف على مسافة عشرين قدم، وبناء على هذا فإن حدة الإبصار الطبيعية هي 20/20.

كما يدل اشتمال التعريف القانوني على مجال الرؤية الضيق على أن الشخص الكفيف قد تكون حدته البصرية 20/20 في المجال المتوسط (رؤية نفقية) ولكنها تكون محدودة جداً بالنسبة للرؤية الجانبية.

ويؤهل تصنيف شخص ما بأنه كفيف قانونياً الحصول على بعض المزايا القانونية مثل: الإعفاءات الضريبية أو الحصول على مبالغ نقدية لشراء الأدوات الخاصة.

بالاضافة إلى تصنيف الأشخاص قانونياً بأنهم مكفوفون كلياً، يوجد تصنيف آخر وهو ضعاف البصر، والذين يشار إليهم -أحياناً- بأنهم مبصرون جزئياً. وتبعاً للتصنيف القانوني فإن ضعاف البصر تتراوح حدتهم البصرية بين 70/20 قدم إلى 200/20 قدم في أفضل العينين بعد إجراء التصحيح اللازم.

التعريف التربوي Educational Definition:

يعتقد العديد من المختصين – وخاصة التربويين – بأن التصنيف القانوني غير ملائم ؛ حيث وجدوا بأن حدة الإبصار لا تُعد مؤشراً دقيقاً جداً على الوظيفة البصرية للأشخاص أو قدرتهم على استخدام الرؤية المتبقيه لديهم ؛ إذ أن نسبة قليلة من الأشخاص المكفوفين قانونياً لا يملكون أي رؤية على الإطلاق ؛ لأن معظمهم يمكنهم الرؤية إلى حد ما.

يفضل الكثيرون ممن أدركوا محددات التعريف القانوني لفقدان البصر وضعف البصر التعريف التربوي الذي يركز على طريقة القراءة. فالأهداف تربوية يجب أن يتعلم الأشخاص المكفوفون القراءة بطريقة برايل، وهو نظام من النقاط البارزة يساعد المكفوفين على القراءة بأصابعهم، ويتكون هذا النظام من خلايا رباعية الزوايا تتضمن ما بين نقطة إلى ست نقاط، ويدل ترتيبها على حروف ورموز مختلفة.

وبدلاً من تعلم طريقة برايل، يلجأ الأشخاص المكفوفون إلى استخدام الأساليب السمعية مثل: الأشرطة الصوتية أو التسجيلات ، في حين يلجأ ضعاف البصر – عند الحاجة – إلى استخدام الأدوات المكبرة أو الكتب ذات الخط المكبر لقراءة الطباعة.

وبالرغم من قدرة ضعاف البصر على قراءة الطباعة، إلا أن العديد من المختصين يعتقدون أن بعضهم يمكنه الاستفادة من طريقة برايل (سنناقش هذا لاحقاً في هذا الفصل).

يعتقد بعض المختصين أن كلاً من التعريفين القانوني والتربوي ناقص؛ لأنهما يركزان على المحددات بدلاً من التركيز على المهارات.

التركيز على المفاهيم: نحو تعريف مهاري لكف البصر

تركز معظم تعريفات الإعاقة – من بينها تعريفات فقدان البصر وضعف البصر – على ما لا يستطيع الشخص ذو الإعاقة القيام به. في حين قدمت كارول كاستيلانو – أم لطفل كفيف، والنائب الأول لرئيس المنظمة الوطنية لأولياء أمور الأطفال المكفوفين، ورئيسة منظمة نيوجيرسي

لأولياء أمور الأطفال المكفوفين - وجهة نظر مختلفة، حيث اقترحت تعريف فقدان البصر من خلال المهارات:

" أقترح بأن فقدان البصر/الإعاقة البصرية تعني بكل بساطة : استخدام مهارات بديلة وأدوات بديلة للبصر، أو مضافة للبصر لمساعدة الشخص الكفيف للحصول على المعلومات أو لأداء المهام. فاذا كانت المهمة - مثلاً - فرز الغسيل، فإن الأداة قد تكون برايل أو الملصقات الملموسة... وإذا كانت المهمة هي القراءة، فإن الأداة البديلة قد تكون برايل أو الطباعة المكبرة." (كاستيلانو، 2005 , صفحة 16)

كما تساءلت كاستيلانو حول فائدة التمييز بين فقدان البصر وضعف البصر؛ وذلك لاعتقادها بأن ربط فقدان البصر بطريقة برايل يعزز الاعتقاد بأن طريقة برايل تقنية بصرية رديئة مقارنة بالتقنيات الأخرى مثل : الطباعة المكبرة.

يمكننا توضيح تعريف فقدان البصر من خلال المهارات أكثر من خلال الجملة التالية لرجل فقد البصر: "إذن، هل أنا كفيف؟ أعتقد بأنني كذلك... حتى أعيش حياتي كما أريد يجب أن استخدم كلاً من مهارات فقدان البصر والتقنيات البديلة والتكنولوجيا ؛ للقيام بالمهام التي كنت أقوم بها وأنا مبصر." (بير,2005 صفحة 412)

تساؤلات حول مهارات فقدان البصر

لاحظت كاستيلانو (2005) بأن تحديد المهارات التي يستطيع الأشخاص المكفوفون استخدامها لأداء المهام اليومية هي أحد التحديات التي يواجهها أولياء الأمور والمعلمون مثل:

كيف يستطيع الشخص الكفيف أن:

1- يتتبع طفله الصغير الذي بدأ المشي؟
2- التسوق في السوبرماركت؟
3- شوي اللحم في حفلة شواء؟
4- تصفح الإنترنت؟
5- صب كأس من العصير؟

اليكم بعض الحلول المحتملة:

1- تعليق أجراس في حذاء الطفل (كما يفعل العديد من الآباء المبصرين)، أو الانتباه لخشخشة الحفاظات البلاستيكية.
2- كتابة لائحة التسوق بطريقة برايل، أو الاستفادة من خدمة الزبائن، أو طلب المساعدة من قارئ أو سائق، أو التسوق عبر الإنترنت.
3- استخدام قفازات فرن طويلة وسلة شواء.
4- استخدام برنامج مكبر للشاشة أو برنامج ناطق.
5- الانتباه لصوت السائل، ووزن الكأس لمعرفة متى ستصبح ممتلئة، أو وضع أحدى الأصابع فوق حافة الكأس، والتوقف عن صب السائل عندما يصل السائل للإصبع. (كاستيلانو, 2005, صفحة 16-17)

نسبة الانتشار Prevalence:

يُعد فقدان البصر إعاقة للراشدين في المقام الأول؛ حيث تشير معظم التقديرات بأن نسبة انتشار فقدان البصر في سن المدرسة هي عشر نسبة انتشاره في مرحلة الرشد. صنفت الحكومة الفيدرالية حوالي 0.05 ٪ من الفئة التي تتراوح أعمارهم من 6-17 سنة بأنهم من ذوي الإعاقة البصرية (المكفوفين وضعاف البصر). وقد تكون هذه النسبة أقل من الواقع، وذلك لأن العديد من الأطفال المكفوفين يعانون من إعاقات أخرى. ويطلب من الأنظمة المدرسية الإبلاغ عن الحالة "الرئيسة" فقط، فعلى سبيل المثال: إذا كان الطالب كفيفاً وذا إعاقة عقلية فإنه سيبلغ عنه بأنه ذو إعاقة عقلية، ومع ذلك تبقى الحقيقة بأن الإعاقة البصرية هي أحدى أقل الإعاقات انتشاراً بين الأطفال.

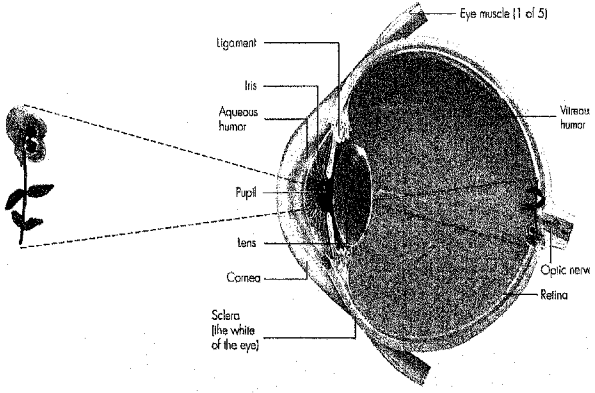
تشريح وفسيولوجيا العين Anatomy and Physiology of the Eye:

يُعد تشريح النظام البصري معقداً للغاية، ولذلك سنركز على الخصائص الرئيسة فقط، يوضح الشكل (9-1) وظيفة العين: تنعكس الأشعة عن الجسم المرئي، وقبل أن تصل الأشعة الضوئية إلى العصب البصري فإنها تمر عبر العديد من الإجزاء داخل العين: ويوضح الشكل (9-1) وظيفة العين على النحو الآتي:

1- القرنية وهي: غطاء شفاف يقع أمام القزحية والبؤبؤ، وهي تقوم بالدور الأكبر في انكسار الأشعة الضوئية حتى تتكون الصورة في البؤرة.

2- الحجرة الأمامية وهي: حجرة مملوءة بمادة سائلة وشفافة توجد بين القرنية وعدسة العين.

3- البؤبؤ وهو: عبارة عن فتحة منقبضة في وسط القزحية، كما أنه الجزء الملون في العين الذي يتمدد ويتقلص حسب كمية الضوء الواصل إليه.



4- العدسة وهي: تقوم بتنقية وتغيير بؤرة الأشعة الضوئية قبل أن تمر بالجسم الزجاجي، وهو: مادة جلاتينية شفافة تملأ مقلة العين بين الشبكية والعدسة.

5- تتمركز الأشعة الضوئية على الشبكية التي تمثل الجزء الخلفي من العين وتحوي الألياف العصبية المتصلة بالعصب البصري الذي يقوم بإعادة المعلومات إلى الدماغ.

6- تنتقل الأشعة الضوئية عبر العصب البصري على نحو نبضات إلى مركز الرؤية في الدماغ وإلى الفص الخلفي ليتم تفسيرها هناك.

تقييم الإعاقة البصرية Identification of Visnal Impairment:

تقاس الحدة البصرية - عادة - من خلال لوحة سنيلين التي تضم صفوفاً من الأحرف (للأشخاص الذين يعرفون الحروف الهجائية). في حين تشمل اللوحة صفوفاً من الحرف E مرتبة في أوضاع متعددة ، وذلك للأطفال الصغار أو الأشخاص الذين لا يعرفون القراءة، ويجب على الشخص المفحوص تحديد اتجاه الحرف E. ويتوافق كل صف مع المسافة التي يستطيع فيها الشخص المبصر تمييز الحروف أو اتجاه الحرف E. توجد ثمانية صفوف يتطابق كل منها مع أحد المسافات الآتية: 15-20-30-40-50-70-100 و200 قدم.

يتم - عادة - اختبار الأشخاص على مسافة 20 قدم، وإذا تمكنوا من تمييز الأحرف في صف العشرين قدم يقال عندئذ بأن حدة أبصارهم المركزية للمسافات البعيدة تساوي 20/20. أما إذا استطاعوا أن يميزوا الحروف الأكبر في صف السبعين قدم يقال بأن حدتهم البصرية المركزية للمسافات البعيدة تساوي 20/70.

بالرغم من أن لوحة سنيلين تستخدم على نطاق واسع ويمكن أن تكون مفيدة جداً إلا أن لها بعض المحددات وهي:

1- أنها تقيس حدة الإبصار للأجسام البعيدة فقط، في حين تختلف قدرة الشخص على رؤية الأجسام القريبة والبعيدة. ويتم تقييم الرؤية عن قرب من خلال قيام الشخص بتسمية الأحرف التي تتراوح في حجمها من الأصغر إلى الأكبر، وتوجد هذه الأحرف على بطاقة توضع على بُعد ملائم للقراءة.

2- لا تتوافق الحدة البصرية -دائماً- مع كيفية استخدام الشخص فعلياً لبصره في الحياة اليومية؛ وهذا الأمر هو الأكثر الأهمية حيث يوجد العديد من المتغيرات البيئية مثل : إضاءة الفلورسنت، والنوافذ التي تسمح لأشعة الشمس بالدخول، والأرضيات التي تعكس الأشعة على نحو كبير؛ ولذلك يقوم معلمو الرؤية - عادة - بتقييم وظيفي للرؤية، ويشمل مراقبة تفاعل الطالب في بيئات متعددة مثل : غرفة الصف ومحلات البقالة في ظل ظروف إنارة مختلفة لتحديد مدى قدرة الطالب على إدراك الأشياء وأداء مهام متعددة.(Zimmerman, 2011)

يلعب المعلمون -أحياناً- دوراً رئيساً في التعرف على الاعاقة البصرية؛ لذلك يجب أن ينتبهوا لأي مؤشرات تدل على وجود إعاقة بصرية عند أحد الطلاب. وقد قامت المنظمة الأمريكية للوقاية من كف البصر بعرض بعض المؤشرات لمشكلات محتملة في العين في موقعهم الإلكتروني.

التركيز على المفاهيم

بعض المؤشرات على وجود مشاكل في العين عند الأطفال

اذا أظهر طفلك أحد هذه المؤشرات، قم باصطحابه الى الطبيب على الفور.

كيف تبدو عينا طفلك؟

- عيناه غير منتظمتين، فأحدى العينين متقاربة أو متباعدة (الحول).
- عيناه حمراوتان وجفناه منتفخان.
- عيناه دامعتان أو ملتهبتان.

كيف يتصرف طفلك؟

- يفرك عينيه بكثرة.
- يغمض أحدى عينيه أو يغطيها.
- يميل برأسه الى الأمام.
- يجد صعوبة في القراءة أو في القيام بأي مهمة تتطلب القرب من الأشياء، أو يقرب الأشياء من عينيه ليراها.
- يرمش على نحو أكثر من المعتاد، أو يصبح قلقاً عند قيامه بعمل يتطلب القرب من الأشياء.
- لا يرى الأشياء بوضوح أو يجد صعوبة في رؤيتها.
- يحول عينيه أو يقطب جبهته.

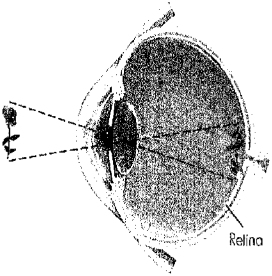
مما يشكو طفلك؟

- يشكو طفلك من حكة أو حرقة في عينيه.
- يشكو طفلك من عدم وضوح الرؤية.
- يشكو طفلك من الدوار أو الصداع بعد القيام بعمل يتطلب القرب.
- يشكو طفلك من الرؤية الضبابية للأشياء ومن رؤيتها مزدوجة.

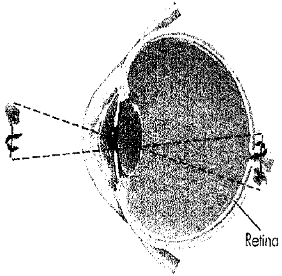
أسباب الإعاقة البصرية عند الأطفال والراشدين Causes affecting Children and Adults:

أكثر المشكلات البصرية شيوعاً عند الأطفال والراشدين هي : نتائج الأخطاء في الانكسار. والانكسار هو: إنحراف الأشعة الضوئية عند مرورها خلال أجزاء العين المختلفة. ومن الأمثلة على أخطاء الانكسار التي تؤثر في الحدة البصرية المركزية : قصر النظر، وطول النظر، واللابؤرية. وبالرغم من أن كل هذه المشكلات تُعد خطيرة لتسببها في حدوث إعاقات شديدة (يُعد طول النظر وقصر النظر أهم سببين لضعف البصر) إلا أن استخدام النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة يعيد الإبصار - عادة - إلى حدوده الطبيعية.

يحدث قصر النظر/Myopia عندما تكون مقلة العين طويلة جداً، والذي يؤدي إلى تجمع الأشعة الضوئية الصادرة عن الجسم المرئي أمام الشبكية وليس عليها، وهذا يؤثر في رؤية الأشياء البعيدة، ولكنه قد لا يؤثر في رؤية الأشياء القريبة. (الشكل 9-2a)



(a)



(b)

أما إذا كانت مقلة العين قصيرة جداً فإنه يحدث عندئذ طول النظر/Hyperopia حيث تتجمع الأشعة الضوئية الصادرة عن الجسم المرئي خلف الشبكية وليس عليها، وهذا يؤثر في رؤية الأشياء القريبة، بينما لا يؤثر في رؤية الأشياء البعيدة. (الشكل 9- 2b)

أما إذا كانت القرنية أو عدسة العين غير منتظمة فإن هذا سيسبب اللابؤرية/astigmatism حيث تتشوش الأشعة الضوئية الصادرة عن الجسم المرئي.

الإعاقة البصرية الأكثر خطورة تلك التي تسببها الجلوكوما وإعتام عدسة العين وكذلك البول السكري. تحدث هذه الحالات على نحو رئيس عند الراشدين بالرغم من أن الحالتين الأخيرتين تحدثان عند الأطفال أيضاً. انظر الشكل 9-3 لمعرفة المزيد حول كيفية تأثير حالة العين في الرؤية.

الجلوكوما أو المياه الزرقاء/ Glaucoma: هي مجموعة من أمراض العين تسبب تلف العصب البصري. سابقاً كان هناك اعتقاد بأن الجلوكوما تحدث فقط بسبب الضغط المرتفع للعين، إلا أننا ندرك الآن بأن الجلوكوما قد تحدث في حالة ضغط العين العادي أيضاً. (Glaucoma Research Foundation, 2008) ويشار للجلوكوما بأنه " لص البصر المتسلل " لأنه يحدث - أحياناً - من دون أعراض. ومع ذلك يمكن اكتشاف الجلوكوما من خلال فحص العينين. ونظراً لأن هذا المرض يحدث عادة عند الأشخاص كبار السن (وعند الأمريكيين ذوي الأصل الإفريقي)، فإن المختصين يوصون بضرورة إجراء الفحوص على نحو متكرر بدءاً من سن الخامسة والثلاثين (وعلى نحو أكثر تكراراً عند الأمريكيين ذوي الأصل الإفريقي).

إعتام العدسة أو المياه البيضاء/ Cataracts: تنجم المياه البيضاء عن إعتام عدسة العين، والذي يؤدي إلى ضبابية الرؤية. تعرف هذه الحالة عند الأطفال بالمياه البيضاء الوراثية، وتؤثر على نحو خطير في الرؤية البعيدة ورؤية الألوان. يتم تصحيح المشكلات الناجمة عن المياه البيضاء -عادة- من خلال الجراحة.

شكل 9-3: تأثير حالة العين على الرؤية

اعتلال الشبكية الناجم عن السكري Diabetic Retinopathy ينتج اعتلال الشبكية الناجم عن السكري عن سوء تزويد الشبكية بالدم.

أسباب الإعاقة البصرية عند الأطفال على نحو خاص

Causes Primarily Affecting Children:

تُعد الإعاقة البصرية الناجمة عن إصابة القشرة الدماغية والتليف خلف العدسي (اعتلال الشبكية الناجم عن الخداج) ونقص نسيج العصب البصري من أكثر أسباب فقدان البصر عند الأطفال. (Zimmerman, 2011) وتُعد الإعاقة البصرية الناجمة عن إصابة القشرة الدماغية cortical visual impairment/ السبب الرئيس للإعاقة البصرية في هذه الايام. تنجم هذه الإعاقة عن انتشار التلف في أجزاء الدماغ المسؤولة عن الرؤية، وينجم هذا التلف أو الخلل الوظيفي عن عدة أسباب مثل: إصابة الرأس أو العدوى. وبالرغم من أن الباحثين ما زالوا يحاولون تنقيح وصف للإعاقة البصرية الناجمة عن إصابة القشرة الدماغية إلا أنه يوجد نموذج محدد للاستجابات البصرية المرتبطة مع الإعاقة البصرية الناجمة عن إصابة القشرة الدماغية. ومن هذه الاستجابات:

- تجنب النظر إلى معلومات بصرية جديدة.
- تفضيل النظر إلى الأشياء القريبة.
- التحديق من دون هدف.
- الانجذاب نحو الحركات السريعة.
- خلل في الانعكاسات البصرية.

ينجم التليف خلف العدسي (إعتلال الشبكية الناجم عن الخداج) Retinopathy of Prematurity عن خلل في نمو الأوعية الدموية في العين، والذي يؤدي إلى انفصال الشبكية. ويُعد اكتشاف سبب التليف خلف العدسي أحد أهم الاكتشافات الطبية في القرن العشرين؛ حيث بدأ التليف خلف العدسي بالظهور في الاربعينيات عند الرضع الخدج، وفي الخمسينيات قرر الباحثون بأن امداد الخدج بالأكسجين على نحو مفرط يسبب فقدان البصر، فالأكسجين ضروري لمنع تلف الدماغ ولكنه يعطى أحياناً على نحو مفرط؛ ولذلك بدأت المستشفيات بمراقبة كمية الأكسجين المعطاة للخدج بحذر. وينجو في أيامنا هذه العديد من الأطفال الخدج بفضل التطورات الطبية، ولكنهم قد يحتاجون لكميات عالية من الأكسجين، وهذا يجعلهم عرضة للتليف خلف العدسي. وبالاضافة لذلك قد ينجم التليف خلف العدسي عن عوامل أخرى مرتبطة بالولادة المبكرة جداً (National Eye Institiute, 2010).

ينجم **نقص نسيج العصب البصري**/Optic Nerve Hypoplasia عن خلل في نمو العصب البصري يرتبط عادة بخلل في الدماغ، ويكون الطفل عرضة -أيضاً- لإعاقات إدراكية ولمشكلات كلامية. وما زالت الأسباب الرئيسة لنقص نسيج العصب البصري غير معروفة.

وهناك حالة أخرى وراثية تعرف **بالتهاب الشبكية الصباغي** Retinitis Pigmentosa تنجم عن تدهور في الشبكية. وقد تبدأ هذه الحالة في مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة أو مرحلة المراهقة. يؤدي التهاب الشبكية الصباغي عادة إلى تضييق مجال الرؤية، وتعرف هذه الحالة بالرؤية النفقية، كما يؤثر التهاب الشبكية الصباغي في الرؤية في الضوء الخافت، ويشار إلى هذه الحالة بالعشى الليلي.

وينجم كل من الحول Strabismus **والرأرأة** Nystagmus عن مشكلات بصرية ناجمة عن سوء في الوظيفة العضلية. والحول هو حالة تتجه فيه إحدى العينين أو كلتاهما نحو الداخل أو نحو الخارج. وإذا لم يتم علاج الحول فإنه قد يؤدي إلى فقدان البصر الدائم؛ في العين المصابة (كسل العين نظراً لأن الدماغ سوف يرفض في النهاية الإشارات التي تصل إليه من العين المنحرفة. ولحسن الحظ فإن معظم حالات الحول يمكن تصحيحها من خلال تمارين للعين أو من خلال الجراحة. وقد تشمل تمارين العين أحياناً أن يضع الشخص قطعة قماش على عينه السليمة لفترة زمنية حتى يصبح مجبراً على استخدام العين المنحرفة. أما الجراحة فتتضمن شد أو رخي العضلات التي تتحكم في حركة العين.

أما الرأرأة فتتسم بحدوث حركات سريعة لا إرادية للعين، والذي قد يؤدي إلى شعور الشخص بالدوخة أو الغثيان. وأحياناً تكون الرأرأة مؤشراً على اختلال وظيفي في الدماغ أو مشكلات في الأذن الداخلية أو كليهما.

الخصائص النفسية والسلوكية للمكفوفين وضعاف البصر Psychological and Behavioral Characteristics:

التطور اللغوي Language Development:

يعتقد معظم الباحثين أن ضعف الرؤية ليس له أثر كبير على قدرة الشخص على فهم اللغة واستخدامها (Rosel, Caballer, Jara, & Oliver, 2005). ونظراً لأن الإدراك السمعي قياساً بالإدراك البصري يُعد الوسيلة الحسية التي نتعلم من خلالها اللغة، فلن يكون مدهشاً أن تتوصل الدراسات إلى أن الأشخاص المكفوفين غير معاقين في الوظيفة اللغوية، وذلك لأن الطفل الكفيف يستطيع سماع اللغة، وبناء على هذا قد يتم تحفيزه على استخدام اللغة أكثر من الطفل المبصر ؛ لأنها الطريقة الرئيسة التي يستطيع من خلالها التواصل مع الآخرين.

القدرة العقلية Intellectual Ability:

كان من الشائع أن يقوم الباحثون بمقارنة مستوى ذكاء الأشخاص المبصرين بمستوى ذكاء الأشخاص المكفوفين إلا أن معظم الباحثين أدركوا حديثاً أن هذه المقارنات مستحيلة؛ وذلك لأن إيجاد

اختبارات قابلة للمقارنة يُعد أمراً في غاية الصعوبة. وطبقا لما هو معروف، فإنه لا يوجد سبب يدفعنا للاعتقاد بأن فقدان البصر يؤدي إلى انخفاض مستوى الذكاء.

القدرات المفاهيمية: من الصعب جداً تقييم أداء الأطفال ذوي الإعاقة البصرية من خلال مهام مخبرية تتطلب قدرات مفاهيمية. توصل العديد من الباحثين الذين استخدموا المهام المفاهيمية التي طورها عالم النفس جان بياجيه إلى أن الأطفال الرضع المكفوفين أو الأطفال المكفوفين صغار السن يتأخرون عن أقرانهم المبصرين، ويمكن عزو ذلك إلى حقيقة أن الأطفال المكفوفين يعتمدون بدرجة كبيرة على اللمس حتى يتمكنوا من إدراك العديد من الأشياء، وبالرغم من أن اللمس أقل فعالية من البصر فإن مثل هذا التأخر لا يدوم طويلاً، وبالذات عندما يبدأ الأطفال المكفوفون باستخدام اللغة لجمع المعلومات حول البيئة المحيطة بهم. ومع ذلك يبقى اللمس -بالنسبة للمكفوفين- حاسة في غاية الأهمية طوال حياتهم. وقد قام أحد الأشخاص المكفوفين بالتعبير عن ذلك بأنه يرى من خلال أصابعه (Hull,1997).

هناك فرق مهم في هذا المجال بين الأطفال المكفوفين والأطفال المبصرين، وهو أن الأطفال المكفوفين يحتاجون إلى القيام بمبادرات أكثر حتى يتمكنوا من تعلم كل ما يمكنهم تعلمه من البيئة المحيطة، أما الأطفال المبصرون فيمكنهم أن يجمعوا كمّاً كبيراً من المعلومات البصرية تلقائياً، والذي يعني أن العالم هو الذي يأتي إليهم، في حين يحتاج ذوو الإعاقة البصرية إلى الخروج بأنفسهم إلى العالم للحصول على بعض المعلومات التي يحصل عليها أقرانهم المبصرون. ومن ناحية أخرى , فإن استكشاف البيئة المحيطة حركياً لا يُعد أمراً سهلاً بالنسبة للأطفال الرضع، أو الأطفال الصغار ذوي الإعاقة البصرية، ويُخص بالذات المكفوفون كلياً. يعاني الأطفال ذوو الإعاقة البصرية من تأخر شديد في مهاراتهم الحركية كالوقوف والحبي والمشي (Celeste, 2002). ولذلك يجب أن يبذل الراشدون قصارى جهدهم لتشجيع الأطفال الرضع والأطفال الصغار المكفوفين لاستكشاف البيئة.

وبالإضافة إلى تعزيز حس الاستكشاف عند الأطفال ذوي الاعاقة البصرية. يجب أن يعمل أولياء الأمور والمعلمون على توفير تعليم شامل ومكثف يشتمل على التكرار؛ وذلك لمساعدتهم في تطوير قدراتهم المفاهيمية: "عندما لا يستطيع الطالب أن يرى... سيصعب عليه إدراك بداية ونهاية المتجر عندما يكون داخله. وسيكون هذا أكثر صعوبة إذا حاول الطالب فهم أبعاد المتجر اعتماداً على فهمه لمقدمة جسده ومؤخرته... ويمكن تعليم المفاهيم من خلال أسلوب تدريجي يتم فيه التكرار مرات متعددة لمدة زمنية وفي مواقع متعددة مع إعطاء الشخص الكفيف فرصة الاستكشاف الحسي المتكرر، والذي سيساعد على تكوين أفضل صورة عقلية مفصلة وأفضل إدراك للمفهوم"(Knott,2002, P.69).

التعرف والتنقل Orientation and Mobility:

تُعد مهارات التعرف والتنقل مهمة جداً حتى يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة البصرية من التكيف بنجاح. وتشير مهارات التعرف والتنقل إلى قدرة الشخص على إدراك مكانه مقارنة بغيره من الأشخاص والأشياء والمعالم الرئيسة (مهارات التعرف) وعلى قدرته على التحرك في البيئة (مهارات التنقل).

تعتمد مهارات التعرف والتنقل على نحو كبير على القدرة المكانية، وقد حدد الباحثون طريقتين اثنتين يقوم فيهما الشخص ذو الإعاقة البصرية بالتعامل مع المعلومات المكانية:

- التعامل مع المعلومات المكانية على أنها مسار متتابع.
- التعامل مع المعلومات المكانية أو على أنها خارطة تحدد العلاقات العامة مع نقاط متعددة في البيئة المحيطة. وتُعد الخارطة الإدراكية الأسلوب المفضل؛ نظراً لأنها توفر مرونة أكبر في التنقل. لنأخذ مثالاً: ثلاث نقاط متتالية: أ، ب، ج. نلاحظ أن الأسلوب المتتابع يقيد حركة الشخص؛ لأنه لن يستطيع التحرك من النقطة (أ) إلى النقطة (ج) إلا من خلال النقطة (ب)، في حين يستطيع الشخص الذي توجد لديه خارطة إدراكية لتلك النقاط الثلاث أن ينتقل من النقطة (أ) إلى النقطة (ج) مباشرة من دون المرور بالنقطة (ب). وبالرغم من أن قيام الشخص الكفيف بتصور خرائط إدراكية ليس مستحيلاً، إلا أنه يُعد أمراً أصعب بالنسبة للمكفوفين مقارنة بالمبصرين؛ وذلك لأن البصر يسمح لنا بـ:

> " تطوير حس مترابط منطقياً للبيئة الملموسة وموقعنا فيها من غير مواجهة صعوبة في التذكر. فعندما يدخل طفل مبصر صفاً غير معروف بالنسبة إليه، فإنه يستطيع أن يلقي نظرة سريعة، ومن ثم يدرك موقع الصف مقارنة بالأماكن المألوفة لديه مثل المكتبة وغرفة الحاسوب... إلا أن تكوين خارطة داخلية لصف جديد يُعد مشكلة بالنسبة للشخص الكفيف ؛ لأن هذا يتطلب دمج التفاصيل الصغيرة لتكوين حس وظيفي عن الكل يجب أن يتذكره إلى حد كبير" (Webster & Roe, 1998, P. 96)

تتفاوت مهارات التنقل على نحو كبير بين الأشخاص المكفوفين بحيث يصعب التنبؤ بمن سيكون الأفضل في التنقل. مثلاً: قد نعتقد بالمنطق بأن الأشخاص الذين توجد لديهم رؤية متبقية أو الأشخاص الذين فقدوا بصرهم في وقت متأخر من حياتهم سيكونون أفضل في التنقل إلا أن هذا ليس صحيحاً دائماً؛ إذ يعتمد التنقل بمهارة على مدى التحفيز والتدريب المناسب الذي تلقاه الشخص.

الإحساس بوجود العقبات Obstacle Sense:

يبدي بعض الأشخاص المكفوفين القدرة على الإحساس بوجود عقبات في طريقهم، وتعرف هذه القدرة بأنها الإحساس بوجود العقبات، ولكنه مفهوم غير ملائم إلى حد ما؛ وذلك لأن هذا الاعتقاد دفع بعامة الناس إلى الاعتقاد بأن المكفوفين يطورون حاسة إضافية. وبالرغم من أنه يمكننا أن ندرك كيف نشأ هذا المفهوم الخاطئ، إلا أن الأشخاص المكفوفين يواجهون صعوبة كبيرة في تفسيره. أظهرت بعض البحوث بأن الأشخاص المكفوفين يصبح باستطاعتهم أن يدركوا حدوث أي تغييرات دقيقة في اهتزازات الصدى عالي التردد عند التوجه للأشياء بفضل الخبرة. وفي الواقع يستفيد الأشخاص المكفوفون مما يعرف بظاهرة دوبلر، وهي: قاعدة فيزيائية تنص على أن اهتزازات الأصوات ترتفع عند تحرك الشخص باتجاه مصدر الصوت.

وبالرغم من أن الإحساس بوجود العقبات يُعد مهما بالنسبة للأشخاص المكفوفين، إلا أنه لا يُعد كافياً لجعل الشخص ماهراً في التنقل، وذلك لأن الضوضاء (مثل حركة المرور والكلام والمطر والريح) يمكنها أن تعيق هذا الإحساس. كما يتطلب استغلال هذا الإحساس قيام الشخص الكفيف المشي ببطء ليكون قادراً على الاستجابة في الوقت المناسب. إلا أن بعض الباحثين ما زالوا يدرسون هذه الظاهرة لتطوير أدوات تنقل يمكنها تعزيز حاسة الإحساس بالعقبات عند المكفوفين.

خرافة حدة الحواس The Myth of Sensory Acuteness: بالإضافة لخرافة وجود حاسة إضافية عند المكفوفين هناك خرافة أخرى، وهي : أن حدة حواسهم الأخرى تتطور تلقائياً. والحقيقة أن ما يقوم به الأشخاص المكفوفين هو استغلال حواسهم الأخرى بالإضافة إلى التركيز والانتباه الذي يمكنهم من التمييز بين الأشياء بدقة، وبالطبع يمكن الحصول على الكثير من المعلومات من خلال حاسة السمع والحواس الأخرى باستثناء البصر.

التحصيل الأكاديمي Academic Achievement:

يتفق معظم المختصين على ضرورة تفسير نتائج مقارنات مستوى التحصيل الأكاديمي للطلاب المكفوفين بمستوى التحصيل الأكاديمي لأقرانهم المبصرين بحذر؛ وذلك لأنه يجب اختبار كلا المجموعتين في ظل ظروف مختلفة. توصلت الدراسات القليلة التي أجريت حول هذا الموضوع إلى أن مستوى تحصيل كل من الطلاب المكفوفين وضعاف البصر أدنى من مستوى أقرانهم المبصرين. Rapp) (& Rapp, 1992 يُعتقد معظم المختصين أن تدني تحصيل الطلاب المكفوفين غير ناجم عن فقدان البصر بحد ذاته بل تنجم عن عوامل أخرى، مثل: ضعف التوقعات أو عدم الحصول على تدريب كافٍ على طريقة برايل. لقد أدركنا -بالنسبة للقراءة- بأن تعلم القراءة باستخدام طريقة برايل يشبه طرق تعلم قراءة الطباعة، فعلى سبيل المثال : يُعد الإدراك الفونولوجي (انظر الفصل الثالث) عنصراً مهما في تعلم القراءة بطريقة برايل أو تعلم قراءة الطباعة.

التكيف الاجتماعي Social Adjustment:

يُعد التكيف الاجتماعي لمعظم الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية جيداً بالرغم من أن تكيفهم اجتماعياً قد يكون أكثر صعوبة لسببين اثنين وهما:

- تعتمد التفاعلات الاجتماعية بين المبصرين -عادة- على إشارات خفية معظمها بصرية (الإيماءات الجسدية).
- لا يظهر المبصرون الراحة عند تفاعلهم مع ذوي الإعاقة البصرية.

بعض قواعد الإتيكيت عند التفاعل الاجتماعي مع الأشخاص المكفوفين

سنعرض لكم رسالة موجهة الى (ابي) من رئيس المؤسسة الأمريكية للمكفوفين يعدد فيها بعض الطرق الصحيحة لتفاعل الأشخاص المبصرين مع الأشخاص المكفوفين. وتساعد مثل هذه الإرشادات في تجنب المواقف الاجتماعية الحرجة.

"عزيزي آبي:

قمت مؤخراً بنشر رسالة من امرأة أعطت بعض الإرشادات للأشخاص المبصرين عندما يلتقون شخصا كفيفاً، وبصفتي رئيس المؤسسة الأمريكية للمكفوفين، وبصفتي كفيفاً -أيضاً- أعتقد بأنه يمكنني إضافة بعض قواعد الإتيكيت المفيدة لقرّائك.

1- استخدم نغمة صوت وسرعة طبيعية عند إجراء حوار مع شخص كفيف أو معاق بصرياً، ولا تتحدث بصوت مرتفع أو ببطء إلا اذا كان الشخص يعاني من إعاقات سمعية أيضاً.

2- خاطب الأشخاص المكفوفين بأسمائهم عندما يكون ذلك ممكناً، ويُعد هذا مهماً على نحو خاص في الأماكن المزدحمة.

3- قم بتحية الأشخاص المكفوفين فور دخولهم الغرفة ليدركوا بأنك موجود ومستعد لمساعدتهم.

4- قم بالإشارة إلى انتهاء الحوار بوضوح حتى تجنب الشخص الكفيف إحراج الاستمرار في الكلام عند مغادرتك.

5- لا تتردد في استخدام كلمات تشير الى الرؤية عند محادثة أشخاص مكفوفين، كلمات مثل " انظر " و" مشاهدة التلفاز "، كما تُعد كلمتي " كفيف " و" معاق بصرياً " مقبولة أيضاً خلال المحادثات.

6- لا تترك الشخص الكفيف في " مساحة مفتوحة " إذا كنت مرشداً له، كما عليك التأكد من أنه يمسك بذراعك جيداً أو يتكئ على كرسي أو حائط اذا ابتعدت عنه لفترة.

7- كن هادئاً وواضحاً حول ما يجب القيام به إذا كان الشخص الكفيف على وشك الوقوع في موقف خطر، مثلاً: اذا أوشك الكفيف على الاصطدام بشيء ما، فعليك أن تقوم بتحذيره بهدوء وحزم."

كارل أوغستو ، رئيس المؤسسة الأمريكية للمكفوفين، نيويورك.

الإيماءات الجسدية / الإشارات البصرية Subtle Visual Cues:

يُعد استخدام الإشارات البصرية للمساعدة في التفاعلات الاجتماعية أمراً فطرياً لمعظم المبصرين، فنحن نتعلم معظم هذه الإشارات تلقائياً من خلال ملاحظة الآخرين، إلا أن الأطفال ذوي الإعاقة البصرية يحتاجون لتعليم مباشر؛ ليتمكنوا من استخدام هذه الإشارات، وتُعد تعبيرات الوجه (مثل الابتسامة) مثالاً جيداً على الإشارات البصرية التي لا يتعلمها الشخص ذو الإعاقة البصرية تلقائياً.

تدهورت قدرة جون هول البصرية تدريجياً وقام بكتابة مذكراته، والجزء التالي يتعلق بالابتسامة:

" أحس تقريباً بكل مرة أبتسم فيها... لماذا؟ لأنه لا توجد ابتسامة تقابلها. يبتسم المبصرون تلقائياً عندما يتلقون ابتسامة من الآخرين؛ فالابتسامة استجابة، أما بالنسبة لي فإن الابتسامة تشبه إرسال رسائل ميتة ؛ حيث لا يمكنني أن أعرف إذا تلقاها الآخرون وأدركوها، أو إذا استجابوا لي وابتسموا." (Hall, 1997, P.30)

عدم شعور المجتمع بالراحة للتعامل مع المكفوفين Society's Discomfort with Blindness:

وأشار الباحثون إلى أن المبصرين يشعرون بعدم الراحة عند التفاعل مع الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية، وهذا يؤثر في سهولة التفاعلات الاجتماعية. ولسوء الحظ يشعر بعض المكفوفين بأنهم يحتاجون إلى الكثير ليظهروا "طبيعيين". وسنعرض لكم تجربة رئيس الاتحاد الوطني للمكفوفين -وهو كفيف- حيث حاول كثيراً ألا يبدو مختلفاً.

" أصبح دكتور شرويدر معلماً ومديراً لبرامج تعليمية حكومية إلا أنه ما زال متأثراً بمعتقداته حول فقدان البصر. تمكن شرويدر بفضل الوظيفة الجديدة من شراء منزل إلا أنه واجه مشكلة في

جز العشب. في البداية فكر في استئجار أحدهم للقيام بذلك إلا أنه اعتقد بأنه لو طلب من شخص مبصر جز العشب فإن جيرانه سيعتقدون بأنه غير قادر على القيام بذلك لأنه كفيف، وهذا سيعزز من اعتقادهم بأنه غير كفؤ. ولكنه كان يشعر بالخوف من جز العشب بنفسه؛ لأن جيرانه قد يراقبونه وهو يقوم بذلك، وإذا فاته جزء من العشب فإنهم سيعتقدون أيضاً بأنه غير كفؤ. بالطبع كان بإمكانه القيام بتغطية العشب عندئذ؛ لئلا يفوت أي جزء لأنه سيجزه مراراً وتكراراً على شكل أشرطة ضيقة، إلا أن هذا سيبدو غير مألوف للجيران.

لكن الدكتور شرويدر لم يرغب بأن يبدو غريباً، ولذلك قرر بأن أفضل حل كان هو جز العشب عندما لا يكون بإمكان جيرانه مراقبته؛ لذلك قرر جز العشب في الليل، إلا أن هدفه كان أن يبدو طبيعياً، وبالطبع لن يكون جز العشب في الليل هو الطريقة الفضلى لتحقيق هذا الهدف.

ذكرتني جهود الدكتور فرد شرويدر كي يبدو طبيعياً بتجاربي المحرجة."(Maurer,2000,P.294).

ولا يكفي أن يقوم الأشخاص ذوو الاعاقة البصرية بتغيير طرق تفاعلهم الاجتماعي، كما لا يستفيد الأشخاص ذوو الاعاقة البصرية فقط من التدريب على استخدام الإشارات البصرية الملائمة (مثل تعبيرات الوجه وتحريك الرأس والإيماءات) بل يمكن أن يتعلم المبصرون استخدام مهاراتهم الطبيعية عند التحدث مع المكفوفين ، فمثلا يستخدم أي شخصين مبصرين يتحدثان على الهاتف العديد من الإشارات السمعية لمساعدتهم في التواصل بالرغم من أنهم لا يستطيعون رؤية بعضهم بعضاً (مثل الإجابة بنعم، وطلب المزيد من التوضيح، وتعديل نغمة الصوت).

تعيق السلوكات النمطية التكيف الاجتماعي الجيد لبعض الطلاب ذوي الاعاقة البصرية، وهي سلوكات متكررة نمطية، مثل: أرجحة الجسم أو فرك العينين، أو الحركات المتكررة باليد أو الإصبع، أو العبوس. يمكن أن تبدأ هذه السلوكات في وقت مبكر من حياة الطفل، وذلك عندما يكون عمره بضعة أشهر فقط، وهي أكثر انتشاراً عند المكفوفين مقارنة بضعاف البصر.

استخدم مصطلح لزمات العمى blindism لسنوات عديدة للإشارة إلى مثل هذه السلوكات ؛ لأنه كان من المعتقد بأن هذه السلوكات تظهر عند المكفوفين فقط. وبالرغم من أنها تظهر -أحياناً- عند الأطفال المبصرين ذوي الإعاقات العقلية الشديدة أو التوحديين.

اهتمت العديد من النظريات بتفسير أسباب السلوكات النمطية. حيث اعتقد بعض الباحثين بأنها محاولة من الفرد لتحفيز نفسه للتعويض عن النقص النسبي في الإثارة الاجتماعية أو الحسية. في حين اعتقد آخرون بأنها محاولة من الفرد لتنظيم الإثارة ذاتياً وللتحكم بالاثارة الزائدة. وفي كلا الحالتين، اعتقد الباحثون بأن هذه السلوكيات تهدف إلى تنظيم مستوى إثارة الفرد.

اختلف المختصون حول مدى التدخل المقبول للتقليل من السلوكات النمطية أو التخلص منها، حيث إنها إذا زادت ووصلت لحدها الأقصى فإنها ستؤثر في التعلم وعلى التفاعلات الاجتماعية، كما أنها قد تؤدي إلى إصابات جسمية. ومن ناحية أخرى، إذا كانت السلوكات النمطية متوسطة فإن هذه السلوكيات قد تساعد في الحفاظ على مستوى مقبول من الإثارة. بالاضافة لذلك، طالب بعضهم

بضرورة زيادة تقبل المجتمع لهذه السلوكات "دعونا ندرك بصفتنا باحثين ومؤيدين بأن التأرجح هو بكل بساطة فرق فردي يمكن تجاهله ويحتاج إلى من الوعي والتحمل والفهم له."

الاعتبارات التربوية Educational Consideration :

يمكن أن يحد فقدان البصر من خبرات الفرد ؛ لأن أحد الطرق الرئيسة للحصول على المعلومات من البيئة غير متوافرة، ومما يزيد -أيضاً- من صعوبة الوضع أن الخبرات التعليمية في الصف العادي تعتمد عادة على حاسة البصر. ومع ذلك فإن معظم الخبراء اجتمعوا على أن الطلاب ذوي الإعاقة البصرية يجب أن يتم تعليمهم بنفس الأسلوب الذي يتعلم به أقرانهم المبصرون. وعلى معلميهم القيام ببعض التعديلات الضرورية. ولكن يبقى فرق واحد مهم، وهو أن الطلاب ذوي الإعاقة البصرية يجب أن يعتمدوا في تعلمهم على حواسهم الأخرى للحصول على المعلومات. انظر الجدول (9-1) لما يجب أن يقوم به المعلمون وما لا يجب عليهم أن يقوموا به.

الجدول (9-1) ما يجب أن يقوم به معلمو الطلاب ذوي الاعاقة البصرية وما لا يجب أن يقوموا به.

• ما يجب أن يقوموا به:	• ما لا يجب القيام به:
1- اشعر بالراحة عند استخدامك كلمات بصرية مثل " انظر " أو " احذر ".	1- لا تقلق من لمس المعاقين بصرياً، ولكن أخبر الطالب ذا الإعاقة البصرية بأنك على وشك لمسه، واحترم رغبته المتعلقة باللمس الجسي.
2- نادِ الطلاب بأسمائهم.	2- لا تبالغ في حماية الطالب بل امنحه فرصة تجريب العديد من الأشياء.
3- اقرأ ما تقوم بكتابته على اللوح بصوت عالٍ.	3- لا تقلق حيال مشاعرك الأولية، ولا تقلق من الشعور بالارتباك، وتذكر بأنك تعلم طفلاً يعاني من إعاقة.
4- عزز الاستقلالية ؛ فالطلاب المعاقين بصرياً يحتاجون إلى تعلم الاستقلالية قدر الإمكان.	4- لا تقلق من طلب العمل الأفضل من الطالب.
5- احرص على مشاركة الطلاب المعاقين بصرياً في النشاطات الصفية قدر المستطاع.	5- لا تقلق من المطالبة بالسلوك الجيد.
6- أعط تعليمات واضحة، وتجنب كلمات مثل "هنا" و"هناك"؛ لأنها لن توفر للطلاب المعاقين بصرياً معلومات كافية.	6- لا تتردد في سؤال الطلاب ذوي الإعاقة البصرية كيف تبدو بعض الأشياء ؛ فإن هذا سيساعدك على فهم نوعية بصر الطالب.
7- قم بتعويض الفجوات في الخبرات عندما تكتشفها.	7- لا تشعر بأن عليك تحمل السلوكات غير المقبولة من الطلاب المعاقين بصرياً أكثر من الطلاب المبصرين.
8- امنح الطلاب وقتاً إضافياً عند الحاجة ليحصلوا على فرصة الاستكشاف الحسي أو استخدام برايل ... إلخ.	
9- وفّر مساحة تخزين إضافية للمعدات الخاصة.	
10- شجع الطلاب ذوي الإعاقة البصرية على استخدام الأدوات المساعدة، ولا تشجعهم على الاعتماد على الأشخاص المساعدين.	

يحتاج الطالب الكفيف أو ضعيف البصر إلى تعديلات خاصة في أربعة مجالات رئيسة وهي :

1- برايل.

2- استخدام البصر المتبقي.

3- مهارات الاستماع.

4- التركيز على التعرف والتنقل.

ترتبط أول ثلاثة مجالات على نحو مباشر مع التعلم الأكاديمي، وخاصة القراءة. فيما يرتبط المجال الأخير بالمهارات الضرورية للحياة اليومية.

طريقة برايل Braille:

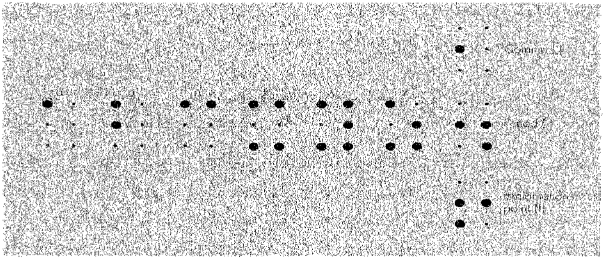
قدم الفرنسي لويس برايل في القرن التاسع عشر نظاماً للقراءة والكتابة لأمثاله من المكفوفين. وبالرغم من أن هذا النظام لم يكن الأول من نوعه، إلا أنه أصبح الأكثر استخداماً. وحتى هذا النظام لم يتم تبنيه إلا بعد مرور سنوات عديدة بعد تطويره.

تستخدم إحدى صيغ برايل التي تسمى طريقة برايل للقراءة والكتابة في معظم مواقف الحياة اليومية، بينما تستخدم الصيغ الأخرى للقراءة والكتابة الأكثر تقنية، فعلى سبيل المثال: تستخدم صيغة نيميث للتعامل مع الرموز العلمية فقط (الحساب والعلوم). ويدعم بعض الباحثين تبني طريقة برايل الموحدة باللغة الإنجليزية، والتي تجمع كل الصيغ المتعددة معاً في صيغة واحدة. ويعتقد مؤيدو هذه الطريقة بأنها أكثر فعالية ؛ لأنها تجمع كل من الكتابة اليومية والكتابة التقنية اللتين تُعدان مهمتين للغاية، كما أنها تجمع بين الفروق في الصيغ المكتوبة باللغة الإنجليزية والصيغ المكتوبة باللهجة البريطانية. وبالرغم من الإقبال الجيد على استخدام هذه الطريقة، إلا أنه لم يتم تبنيها على نحو واسع إلى الآن.

تُعد الخلية رباعية الأضلاع الوحدة الرئيسة لطريقة برايل، وتتضمن ما بين نقطة إلى ست نقاط (انظر الشكل 9-4). تمثل الأنماط المختلفة من النقاط الأحرف والأرقام وحتى علامات الترقيم. وبالإضافة لوجود رمز واحد في طريقة برايل لكل حرف من حروف الأبجدية، وتشمل هذه الطريقة - أيضاً- العديد من الاختصارات، بحيث يحل رمز ما محل كلمة أو محل جزء من كلمة، كما يساعد استخدام الاختصارات على تسريع القراءة وتقليل المساحة والوقت الضروريين لنسخ النص بطريقة برايل. لذلك يقترح الباحثون ضرورة تعريف الطلاب الصغار بالاختصارات في مراحل القراءة المبكرة حتى تصبح مهاراتهم في القراءة والكتابة أفضل.

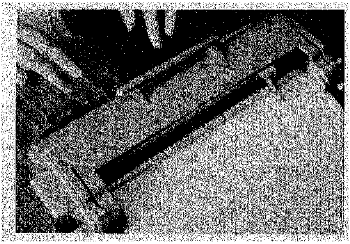
وعلى نحو عام فإن أفضل طريقة للقراءة باستخدام طريقة برايل تلك التي تتضمن استخدام كلتا اليدين. هناك العديد من الطرق التي تستخدم كلتا اليدين، ومن الطرق المألوفة للقراءة بكلتا اليدين: أن تستخدم كلتا اليدين للقراءة سوية حتى نهاية السطر تقريباً، وبعد ذلك تستمر اليد اليمنى في القراءة في حين تبدأ اليد اليسرى بقراءة السطر التالي، ثم تتبعها اليد اليمنى وتبدءان السطر سوية من جديد.

شكل 9-4: امثلة لبعض رموز برايل

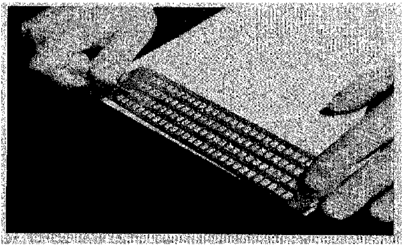


توجد أداتان رئيسيتان للكتابة باستخدام طريقة برايل، وهما آلة بيركنز لكتابة برايل واللوح والمرقم (لوح وقلم برايل). تضم آلة بيركنز لكتابة برايل ستة مفاتيح يخصص كل منها لأحد النقاط الستة التي تضمها خلية برايل (انظر الشكل 9-5) وعند الضغط على هذه المفاتيح ينجم عنها طباعة بارزة على الورقة. أما لوح وقلم برايل فإنهما يعدان من الأدوات التي يمكن حملها على العكس من آلة بيركنز (انظر الشكل 9-6) يتم الضغط بالقلم خلال الفتحة الموجودة باللوح الذي تضم ورقة بين نصفيه.

الشكل 9-5



الشكل 9-6



تُعد قضية تعليم الطلاب المكفوفين طريقة برايل أو غيرها من طرق التواصل الأخرى – مثل: أجهزة التسجيل أو الحاسوب المزود ببرنامج ناطق – من أكثر القضايا الساخنة في مجال الإعاقة البصرية. فقد كان من الشائع – سابقاً – أن يستخدم المكفوفون طريقة برايل، إلا أن نسبة الطلاب الذين يستخدمون هذه الطريقة قلّت على نحو واضح منذ أواسط الستينيات، بحيث وصلت النسبة للنصف، يقدر الباحثون في أيامنا هذه أن (12%) فقط من الطلاب المكفوفين في عمر المدرسة يُعدون طريقة برايل الطريقة الرئيسة للقراءة.

ويحذر العديد من الأشخاص المكفوفين من تدني توافر طريقة برايل، ويؤكدون على أن هذا أدى إلى ارتفاع نسبة الأمية. وبالنسبة للمبصرين فإن عدم الأمية تعني القدرة على قراءة الكلمات المطبوعة، في حين تعني عدم الأمية بالنسبة للمكفوفين القراءة والكتابة باستخدام طريقة برايل. يحتج العديد من الأشخاص المكفوفين إلى وجود عدد قليل جداً من المعلمين المبصرين الذين يجيدون استخدام طريقة برايل؛ وذلك لأن هؤلاء المعلمين يمكنهم أن يساهموا في تغيير فكرة أن مستخدمي برايل ليسوا أكفّاءً. يُعد مدى تقبل الشخص نفسَه بأنه كفيف عاملاً مهماً جداً في تحفيزه لتعلم طريقة برايل.

من المفارقات الغريبة أن يساهم مؤيدو التكنولوجيا في التقليل من استخدام طريقة برايل بالرغم أنه لا شك من التغييرات الإيجابية الكثيرة التي ساهمت بتحقيقها التكنولوجيا للأشخاص المكفوفين، حيث يمكن في أيامنا هذه الوصول لكم هائل من المواد رقمياً وإلكترونياً، وقد جعل هذا الأمر الحصول على المعلومات وإنتاجها أسهل بكثير من خلال الكتب الموجودة على أشرطة التسجيل والحواسيب الناطقة وبرنامج التعرف على الكلام وأدوات التكبير المحوسبة. إلا أننا نتساءل إذا كانت مثل هذه الأدوات قد جعلت اكتساب وإنتاج المعلومات مفرط في السهولة؟ وبكلمات أخرى: هل ساعد الوصول السهل للمعلومات على قلة تحفيز المكفوفين لتعلم طريقة برايل؟ كما يجب أن لا ننسى بأن الاعتماد على التكنولوجيا له -أحياناً- بعض المساوىء التي لم تظهر بعد؛ لنأخذ التكبير المحوسب مثالاً، تُعد قراءة الطباعة المكبرة على شاشة الحاسوب أمراً مرهقاً للعين والجسد، وهذا سيقلل الرغبة في القراءة، ويقول كاستيلانو "هل سترغب بقراءة رواية الحرب والسلام بأحرف ارتفاعها أربعة إنشات على شاشة الحاسوب؟" (Castellano, 2005; Schroeder, 2002) يشعر العديد من الباحثين بالقلق ؛ لأنه بالرغم من حصول الشخص الكفيف على التدريب على طريقة برايل إلا أن التدريب لا يكون مكثفاً على نحو كاف. قام بعض الخبراء باستخدام طريقة برايل بإجراء مسح صرح فيه الطلاب بأنهم يحتاجون في المراحل المبكرة – بالذات – من اكتساب طريقة برايل إلى التدريب اليومي لعدة سنوات. وتُعد الحاجة للتدريب على نحو يومي على طريقة برايل معضلة للأنظمة المدرسية بسبب نقص المدربين المؤهلين.

يعتقد المؤيدون لتعليم طريقة برايل بأنها طريقة ضرورية جداً لمعظم الطلاب المصنفين قانونياً بأنهم مكفوفون للعيش باستقلالية، وترتكز معتقدات مؤيدي طريقة برايل على نتائج البحوث التي توصلت إلى أن المكفوفين الراشدين الذين تعلموا طريقة برايل في طفولتهم واستخدموها وسيلة

رئيسة للقراءة حصلوا على وظائف بمعدل يصل إلى ضعف معدل أقرانهم الذين اعتمدوا في طفولتهم على استخدام الطباعة وسيلة رئيسة للقراءة. (Ryles, 2000).

ومن طرق التأكد من توفير طريقة برايل للطلاب ذوي الاعاقة البصرية ما يعرف بوثائق برايل / braille Bills التي توجد في هذه الأيام في معظم الولايات، بالرغم من اختلاف بنود هذه الوثائق من ولاية إلى أخرى. قام الاتحاد الفيدرالي الوطني للمكفوفين (nfb) - والذي يُعد مدافعاً أساسياً عن وثائق برايل - بتقديم نموذج لوثيقة تضم بندين رئيسيين وهما:

1- يجب أن تتوافر طريقة برايل للطالب إذا أوصى أي فرد من أفراد فريق التعليم الفردي/IEP -بما فيهم الوالدين- بحاجة الطالب لهذه الطريقة.

2- يجب أن يكون معلمو الطلاب ذوي الإعاقة البصرية ماهرين في استخدام طريقة برايل.

يعزز -في الوقت الراهن- القانون الفيدرالي البند الأول حيث ينص قانون تعليم الأشخاص ذوي الإعاقات / IDEA بأن يكون التدريب على طريقة برايل والخدمات المرتبطة بها جزءاً من برنامج التعليم الفردي / IEP إلا إذا أجمع جميع أفراد الفريق -بما فيهم الوالدين- على ضرورة عدم استخدام الطالب لطريقة برايل. يوصي المختصون -في أيامنا هذه- بأن بعض الطلاب ضعاف البصر الذين يمكنهم قراءة الطباعة ذات الخط الكبير أو الطباعة التي يتم تكبيرها بأدوات التكبير، يجب عليهم أن يتعلموا استخدام طريقة برايل؛ وذلك لأن العديد من ضعاف البصر قد تسوء حالتهم البصرية مع مرور الزمن؛ ولذلك سيساعدهم تعلم طريقة برايل في سن مبكرة قبل أن لا يصبح بإمكانهم قراءة الطباعة.

استغلال الرؤية المتبقية Use of Remaining Sight:

عارض التربويون وأولياء الأمور بقوة -لسنوات متعددة- استخدام الأطفال ذوي الاعاقة البصرية لبصرهم في القراءة وغيرها من النشاطات، وقد ساهمت العديد من الخرافات بذلك، مثل : الاعتقاد بأن الإمساك بالكتب قريباً من العين يضر بالعين، ومثل: أن العدسات القوية تؤذي العين وأن استخدام العينين كثيراً يضر بهما. وقد أدركنا -حديثاً- بأن مثل هذه الخرافات قد تكون صحيحة في حالات نادرة جداً فقط. وفي الواقع، يتفق معظم المختصين على ضرورة تشجيع الأشخاص ذوي الاعاقة البصرية على استخدام الرؤية المتبقية لديهم، ولكن من دون الاستغناء عن طريقة برايل بالنسبة لمن يحتاجون إليها.

وجدير بالذكر أنه توجد طريقتان اثنتان بصريتان يمكن من خلالهما مساعدة الأطفال ذوي الإعاقة البصرية لقراءة الطباعة وهما:

1- الكتب ذات الخط الكبير.

2- أدوات التكبير.

الكتب ذات الخط الكبير هي: الكتب التي تتم كتابتها بخط كبير. وقد تم طباعة هذا الكتاب على نحو أساسي للقراء المبصرين وطبع على خط (10) نقاط. في حين يظهر الشكل (9-7) طباعة بخط

18 و24 نقطة، وهما الأكثر شيوعاً للمواد المطبوعة بالخط الكبير. وقد يصل حجم الخط للقراء ذوي الإعاقة البصرية إلى 30 نقطة.

شكل 9-7 : أمثلة لخط الكتابة المكبرة بحجم 18 ، وحجم 24

This is an example of 10-pt. type.

This is an example of 18-pt. type.

This is an example of 24-pt. type.

وتتمثل الصعوبة الرئيسة في الكتب ذات الخط الكبير في أن حجم الخط يكون أكبر من المعتاد، ولذلك يحتاج الكتاب إلى حيز أكبر لتخزينه. وبالاضافة لذلك، لا تتوافر هذه الكتب بسهولة بالرغم من قيام العديد من الناشرين -بالاضافة إلى دار الطباعة الأمريكية للمكفوفين- بنشر وتسويق الكتب ذات الخط الكبير في هذه الأيام. ومن المحددات الأخرى للكتب ذات الخط الكبير أن الطلاب الذين يعتمدون على هذه الكتب سيواجهون صعوبة في بعض المواقف مثل: العديد من الوظائف التي لا توفر المواد المطبوعة ذات الخط الكبير.

تزايدت أعداد الباحثين الذين يوصون بأدوات التكبير -مع تطور التكنولوجيا- بدلاً من الكتب ذات الخط الكبير أو بالاضافة إليها. (زيمرمان ومون، 2010) كما يُعد استخدام أدوات التكبير فعالاً كاستخدام الكتب ذات الخط الكبير بالنسبة للعديد من الطلاب فيما يخص سرعة القراءة والاستيعاب. (لوسنهوب وكورن، 2003). وتستخدم أدوات التكبير للرؤية القريبة وللرؤية البعيدة، كما أنه يمكن حملها مثل: عدسات التكبير التي تحمل باليد أو التلسكوب الأحادي أو التلسكوب المجهري.

كما قد تكون أدوات التكبير منضدية مثل: الماسحات الضوئية ذات الدائرة المغلقة التي تعرض الصور مكبرة على شاشة التلفاز (الدائرة التلفزيونية المغلقة).

ويوصي المختصون بشدة على ضرورة حصول الطلاب ضعاف البصر على تدريب مكثف على استخدام الأدوات المكبرة بدلاً من تركهم يحاولون استخدامها وحدهم.

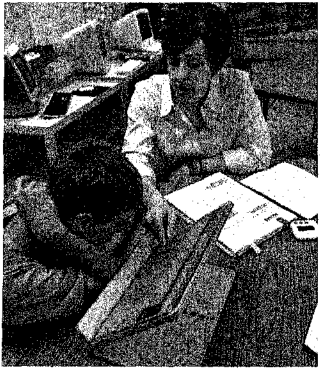
مهارات الاستماع Listening Skills:

لا شك بأن مهارات الاستماع تُعد مهمة جداً بالنسبة للأطفال المكفوفين إلا أن المجتمع يفترض أن هؤلاء الأطفال يطورون مهارات الاستماع على نحو تلقائي، إلا أن العديد من المختصين يتفقون على أن معظم هؤلاء الأطفال يجب تعليمهم مهارات الاستماع. كما ينبغي أن يقوم المعلمون بتوفير بيئة صفية تخلو من التشويش بقدر الإمكان.

حظيت مهارات الاستماع باهتمام أكبر من ذي قبل نظراً لزيادة استخدام المواد المسجلة على أشرطة تسجيل. وتُعد دار النشر الأمريكية ومكتبة الكونجرس أهم مصدرين لتوفير هذه المواد. يستطيع المستمع أن يقوم بسماع التسجيلات على سرعة عادية أو يمكنه استخدام أداة الضغط الكلامي/ compressed- Speech Device التي تسمح له بسماع ما بين 250-275 كلمة في الدقيقة حيث تعمل هذه الأداة على استثناء أجزاء الكلام الصغيرة جداً. وتستخدم بعض أدوات الضغط الكلامي الأكثر تطوراً الحاسوبَ للتقليل من تلك الأصوات الكلامية التي تُعد غير مهمة للاستيعاب.

التدريب على التعرف والتنقل Orientation And Mobility Training:

لا يمكننا المبالغة بأهمية التدريب على التعرف والتنقل؛ وذلك لأن مدى قدرة الشخص ذي الإعاقة البصرية على التنقل في بيئته يحدد مستوى استقلاليته واندماجه اجتماعياً. كما جعلت التغييرات الاجتماعية تنقل المشاة -سواء كان ذو إعاقة بصرية أو مبصراً- أكثر صعوبة (بارلو وبنتزن وبوند،2005) بسبب حركات المرور كما يصعب التنبؤ بالسيارات الكهربائية نظراً لهدوئها.



توجد أربع أدوات تساعد الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية في التعرف والتنقل وهي:

1- العصا الطويلة.

2- الكلاب المرشدة.

3- الخرائط الملموسة.

4- الأشخاص المرشدون (الدليل المبصر).

العصا الطويلة: يوصي المختصون -غالباً- بالعصا الطويلة للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية الذين يحتاجون إلى أداة تساعدهم على التنقل. وقد سميت هذه الأداة بهذا الاسم لأنها تُعد أطول من الأنواع الأخرى من العصي التي تستخدم للمساعدة أو التوازن. ويُعد الطول الأمثل لهذه العصا 1,5 إنش فوق الجزء الأدنى من القص (العظم العمودي في وسط الصدر). (Rodgers & Emerson, 2005). قد تكون العصا الطويلة مستقيمة أو مطوية أو

تلسكوبية، ويُعد آخر نوعين مضغوطين أكثر ولكنهما ليسا بقوة العصا الطويلة. (Knott, 2002). يحصل مستخدمو العصا الطويلة على معلومات سمعية وحسية من البيئة المحيطة؛ وذلك عن طريق تحريك العصا على الأرضية ؛ حيث تنبه الشخص بوجود بعض المعيقات، مثل: الحفر أو الدرج، كما يمكنها أن تحمي الجزء الأسفل من الجسم من الارتطام بالأشياء.

وبالرغم من أن مراقبة مستخدم ماهر للعصا الطويلة قد يعطينا انطباعاً بأنها سهلة الاستخدام، إلا أن التدريب المكثف على استخدامها الصحيح يُعد أمراً مطلوباً. يجب أن يقوم الشخص ذو الإعاقة البصرية بمد القوس بمستوى أوسع بقليل من عرض الكتف وعلى مسافة ثلاث خطوات أمام الجسم، ويجب عليه أن يلمس الأرض بخفة بطرف العصا (Castealqno, 2005). كما تتطلب تقنية اللمس الصحيحة تناسقاً مطلوباً بين حركة العصا وحركة الأرجل.

الكلاب المرشدة: لا تُعد الكلاب المرشدة خياراً شائعاً للمكفوفين كما يعتقد الكثيرون.

أولا: لكي يتمكن الشخص الكفيف من استخدام الكلب المرشد يجب أن يخضع الكلب إلى تدريب مكثف. فعلى سبيل المثال: يجب أن تدرب الكلاب على الأمور الآتية بالإضافة إلى أمور أخرى لا مجال لذكرها:

1) المحافظة على مسار مستمر وتجاهل المشتتات المحيطة، مثل: الروائح أو الأشخاص أو الحيوانات الأخرى.
2) المحافظة على مسار مستقيم يسار الشخص الكفيف وأمامه مباشرة.
3) التوقف عند كل الحواجز حتى يطلب إليه الشخص الكفيف الاستمرار.
4) التوجه يميناً ويساراً والمشي للأمام، والتوقف حسب أوامر الشخص الكفيف.
5) إدراك المعيقات وتجنبها، وهذه المعيقات هي التي لا يستطيع الشخص الكفيف تجاوزها، مثل: الممرات الضيقة.
6) التوقف عند أسفل الدرج أو أعلاه؛ حتى يطلب إليه الشخص الكفيف الاستمرار.
7) إرشاد الشخص الكفيف إلى أزرار المصعد.
8) الاسلتقاء بهدوء عندما يكون الشخص الكفيف جالساً.
9) مساعدة الشخص الكفيف في التنقل بين الباصات والقطارات الكهربائية النفقية وغيرهما من أشكال المواصلات العامة.

10) إطاعة عدد من الأوامر اللفظية (Harris, 2010).

ثانياً: كما يُعد حصول الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية على تدريب مكثف لتعلم كيفية استخدام الكلاب المرشدة على نحو صحيح ضرورياً جداً، إلا أن فائدة الكلاب المرشدة للأطفال ما زالت موضع تساؤل؛ وذلك لأنهم يحتاجون لتدريب مكثف لاستخدامها، ولأن تلك الكلاب تكون كبيرة – عادة– وتمشي بسرعة نسبية، كما أنها تحتاج إلى الرعاية. وعلى العكس مما يعتقده الكثيرون، فإن الكلاب المرشدة لا تأخذ الشخص الكفيف إلى أي مكان يريد الذهاب إليه، بل يجب أن يعرف الشخص الكفيف أولاً إلى أين يريد أن يذهب، وتكون مهمة الكلب المرشد حماية الشخص الكفيف من أي مخاطر.

يجب أن يأخذ الأشخاص المبصرون الإرشادات الآتية التي تتعلق بالكلاب المرشدة وأصحابها:

أ) على الرغم من أن تربية كلب مرشد يُعد أمراً مغرياً، إلا أنه لا يجب أن يتم إلا بعد استئذان صاحبه، فالكلاب المرشدة ليست مجرد حيوانات أليفة إذ أنها تعمل على مساعدة أصحابها.

ب) إذا احتاج شخص كفيف يمسك بكلب مرشد أي مساعدة، قدمها له من الجانب الأيمن، حيث يجب أن يبقى الكلب المرشد على يساره.

ج) لا تمسك بعدة الكلب؛ لأن ذلك قد يضايق الكلب وصاحبه.

الخرائط الملموسة: تُعد الخرائط الملموسة توضيحات بارزة للبيئة؛ حيث يستطيع الأشخاص المكفوفون توجيه أنفسهم إلى ما يحيطهم من خلال لمس رموز بارزة تمثل الشوارع والأرصفة والمباني... إلخ. ويمكن أن توضع مثل هذه الخرائط في الأماكن العامة، كما قد تتوافر نماذج محمولة من هذه الخرائط على شكل أوراق يمكن حملها.

كما تساعد الرموز البارزة الأشخاص المكفوفين على تقدير البيئات التي تتجاوز محيطهم المحلي. إليكم قصة نورين غريس التي كانت تعمل متدربة في متحف بوسطن للعلوم في الثمانينيات. سألت يوماً ما أحد طلاب مدرسة بيركنز للمكفوفين عن رأيه بالنموذج الذي يمثل النظام الشمسي فأجاب أحدهم بسرعة: "إنه نتن" فأجابته غريس "لماذا؟". وبعد ذلك قررت كتابة ملصق بطريقة برايل إلا أنها تراجعت عن ذلك؛ لأنها أدركت أن ما يحتاجه الطلاب المكفوفون هو الصور.

وبعد ذلك سعت غريس لتطوير أداة تعرض توضيحات ملموسة للأشياء الفلكية، وتوجت جهودها في عام 2002 بنشر كتاب "المس الكون" / "Touch The Universe" الذي يضم صوراً وأشكالاً بارزة ومزيجاً من التوضيحات بطريقة برايل وبالطباعة الكبيرة. كما يعرض الكتاب (14) صورة قام بالتقاطها تلسكوب هوبل مما ساعد الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية والمبصرين كذلك على إدراك مفاهيم فلكية مثل النجوم والمجرات والكواكب.

الأشخاص المرشدون (المرشد المبصر): مما لا شك فيه أن هؤلاء المرشدين يساعدون الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية في الحصول على أكبر قدر من الحرية للتحرك بأمان. ومع ذلك، فإن معظم مختصي التعرف والتنقل لا يوصون أن يكون الشخص المرشد هو الوسيلة الرئيسة للتنقل؛ لأنه يعزز

اعتماد الشخص ذي الإعاقة البصرية على الآخرين على نحو كبير، إلا أن استخدام الأشخاص المرشدين يصبح -في بعض الأحيان- مطلوباً. لا يحتاج معظم الأشخاص المكفوفين الذين يتنقلون من غير مرشد المساعدة ممن يحيطون بهم، ولذلك إذا شعرت أن شخصاً ذا إعاقة بصرية يحتاج مساعدة، فإنه يجب أن تسأله إذا كان يرغب بالمساعدة أم لا، وإذا احتاج مساعدة جسمية فإنه يتوجب عليك أن تسمح له التمسك بذراعك من أعلى المرفق، وأن يسير خلفك بمقدار نصف خطوة، كما يوضح الشكل (9-8) في حين يقوم بعض الأشخاص المبصرين بإمساك الشخص ذي الإعاقة البصرية من ذراعه وكأنهم يقومون بدفعه.

شكل (9-8) : استراتيجيات القياة بالمرشد المبصر

(a) (b) (c)

الوسائل التكنولوجية المساعدة Technological Aids:

قد تُعد الإعاقة البصرية أكثر مجالات الإعاقة التي شهدت ظهور العديد من التطورات التكنولوجية، وقد حظي مجالا التواصل والحصول على المعلومات والتعرف والتنقل على القسط الأكبر من التطورات التكنولوجية. وبالاضافة إلى ذلك، أجريت بعض البحوث التجريبية حول الرؤية الصناعية.

أ) الوسائل التكنولوجية المساعدة في مجال التواصل والحصول على المعلومات Technological Aids For Communication and Information؛ توجد في الوقت الراهن العديد من الحواسيب وبرامج الحاسوب التي تعمل على تحويل المادة المطبوعة إلى كلام صوتي أو طريقة برايل. ومن أهم هذه الوسائل جهاز كورزويل 1000tm حيث يقوم المستخدم بوضع الصفحة المطبوعة في الماسح الضوئي الذي يقوم بقراءتها بصوت إلكتروني أو يقوم بتحويلها إلى طريقة برايل. كما يستطيع الطلاب ذوو صعوبات القراءة استخدام جهاز كورزويل 1000tmوغيرها من منتجات كورزويل. وتتلاءم هذه الأجهزة ومشغلات الـ (mb3) مثل آلة تدوين الملاحظات بطريقة برايل التي يمكن حملها.

يمكن أن يؤدي جهاز تدوين الملاحظات بطريقة برايل نفس وظيفة آلة بيركنز لكتابة برايل أو لوح وقلم برايل، إلا أن جهاز تدوين الملاحظات يمتاز عنهما في أنه يقدم توليفاً صوتياً بالاضافة إلى خاصية معالجة النصوص، حيث يقوم المستخدم بإدخال البيانات من خلال لوحة مفاتيح لكتابة برايل، وبعد ذلك يتم تحويل البيانات إلى جهاز حاسوب أكبر، ويقوم المستخدم بمراجعتها باستخدام خاصية النطق الصوتي أو من خلال عرضها بطريقة برايل بالطباعة العادية. كما يملك في أيامنا هذه ملايين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية مساعد بيانات شخصي / PDAS يمكن حمله باليد بالاضافة إلى الهواتف الخلوية، فقد استجاب العديد من المصنعين لضرورة توفير مثل هذه الأدوات للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية من خلال تطوير هواتف ومساعد بيانات شخصي مزوده ببرامج ناطقه / PDAS. وتقدم هذه الأدوات الناطقة مزايا إضافية، مثل : الإدراك الصوتي، والمؤشرات الصوتية للوظائف الرئيسة، ومفاتيح يسهل إدراكها باللمس.

ومن ناحية أخرى، هناك خدمتان اثنتان تتوفران للأشخاص ذوي الإعاقة البصرية، وهما الخط الإخباري وخدمة الفيديو الوصفية. ويُعد الخط الإخباري خدمة مجانية تمكن الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية من قراءة المجلات والصحف على مدار 24 ساعة من خلال أي هاتف يعمل باللمس، وتتوافر الآن أكثر من (200) جريدة تشمل الجرائد الأكثر شهرة، مثل: الولايات المتحدة اليوم، ونيويورك تايمز، ووول ستريت جورنال، وواشنطن بوست، ولوس انجلوس تايمز، وتورنتو جلوب اند ميل (الجمعية الوطنية للمكفوفين، 2006). في حين تقدم خدمة الفيديو الوصفية وصفا سمعياً للبرامج المعروضة على التلفاز كما أنها تتوافر -أيضاً- في بعض قاعات السينما وعلى بعض الأفلام المسجلة على أشرطة أو dvd.

بذلت جهود عظيمة لجعل تعامل الأشخاص ذوي الإعاقة مع الحواسيب وشبكة الإنترنت أسهل، فمثلاً يقوم برنامج قارىء الشاشة بتكبير المعلومات على الشاشة أو يحول النص الموجود على الشاشة إلى صوت أو يقوم بكلا الحالتين.

كما أدرك مصممو صفحات الإنترنت أن ما يجذب المبصرين قد يسبب مشكلات لذوي الإعاقة البصرية. وأشار أحد المكفوفين في مقالة بعنوان "صورة، صورة، صورة، رابط إلكتروني، رابط إلكتروني، رابط إلكتروني. مشكلات تصميمات صفحات الإنترنت من وجهة نظر أمين مكتبة كفيف "بأن التطورات التكنولوجية في مجال الإنترنت جعلت حصولي على المعلومات أسهل، إلا أنها - ولسوء

الحظ - جعلت وظيفتي أصعب في الوقت ذاته مقارنة بالسنوات السابقة عندما كان كل ما يعرض على صفحات الإنترنت نصوصاً، إلا أن الأشكال والخلفيات المملة ازدادت، وهذا يسبب مشكلة لي" .(Lewis & Klauber, 2002, P.138)

وقد بذلت -أيضاً- العديد من الجهود لجعل تعامل الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية أسهل مع صفحات الإنترنت، كما طور الاتحاد الفيدرالي الوطني للمكفوفين إجراءات لإعطاء صفحات الإنترنت رخصة تشير إلى مراعاتها الأشخاص المكفوفين.

ب) الوسائل التكنولوجية المساعدة في مجال التعرف والتنقل-Technological Aids For Orientation and Mobility : قام الباحثون بتطوير عدد من الأجهزة الالكترونية المعقدة التي تساعد الأشخاص المكفوفين على الإحساس بالأجسام المختلفة الموجودة في البيئة، مثل : عصا الليزر، والمرشد المصغر. وتعتمد هاتان الأداتان على مبدأ أن الإنسان يمكنه تحديد الأشياء عن طريق صدى الصوت كما تفعل الخفافيش. يمكن استخدام عصا الليزر الطريقة نفسها التي تستخدم فيها العصا الطويلة، أو يمكن استخدامها كجهاز تحسس يقوم بإرسال حزم من الأشعة تحت الحمراء تتحول إلى صوت عندما تصطدم بالأشياء التي توجد في طريق الشخص المستخدم.

أما المرشد المصغر، فهو: أداة وزنها أونصتين وتحمل باليد. وقد أظهر الباحثون أن المرشد المصغر مفيد في تجنب المعيقات وتحديد المداخل وتجنب الأعمدة (هيل وبلاك، 2003). إلا أنها ليست مصممة للتنبؤ بالمنحدرات ؛ ولذلك يجب استخدامها مع أداة أخرى مثل العصا الطويلة.

يتوافر الآن البرنامج الذي يساعد الأشخاص المكفوفين على الاستفادة من معلومات نظام تحديد المواقع العالمي / GPS؛ حيث يدور أكثر من عشرين قمراً صناعياً حول الأرض، وترسل إشاراتها للأرض، وتوجد مستقبلات يدوية يمكنها التقاط هذه الإشارات. وعندما يستخدم الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية كل معلومات نظام تحديد المواقع العالمي / GPS بالاضافة إلى قاعدة البيانات الممتدة لملايين النقاط الجغرافية في الولايات المتحدة، فإن نظام تحديد المواقع العالمي يساعد مستخدميه على تحديد مساراتهم بدقة. ويقوم جهاز تدوين ملاحظات نظام تحديد المواقع العالمي بطريقة برايل بتحويل إشارات الـ GPS إلى برايل. وقد قام مصنعو هذا الجهاز بإدخال (12) مليون نقطة إلى الجهاز. كما يستطيع المستخدمون إدخال معلوماتهم الخاصة إلى الجهاز لمساعدتهم على التخطيط لمساراتهم من وإلى العديد من المواقع.

كما حقق الباحثون - أيضاً - تقدماً ملحوظاً في تطوير نظام الرؤية الصناعية للأشخاص المكفوفين، وما زالت العديد من التقنيات طور الاختبار. وتُعد جراحة الرؤية الصناعية في غاية التعقيد، ونتائجها شديدة التنوع - أيضاً - وحتى عندما تنجح الجراحة. يواجه الأشخاص المكفوفون منذ الولادة أو في عمر صغير جداً صعوبة في التكيف مع الإشارات البصرية المتعددة. وسنعرض لكم تجربة مايك ماي الذي خضع لمثل هذه الجراحة.

مغامرة مايك ماي الى العالم المرئي

فقد مايك ماي بصره وكان عمره ثلاث سنوات. وكان يحب التحديات. وقد يكون قراره في عام (1999) بالخضوع للجراحة لزراعة الخلايا الجذعية أكبر تحدٍ واجهه؛ وذلك لأن هذه الجراحة قد تعيد بصره في عين واحدة أو قد يخسر الرؤية المتبقية لديه في تلك العين، بالإضافة للألم الذي تسببه الجراحة.

كما أن العديد من الأشخاص المكفوفين الذين استعادوا بصرهم واجهوا مشكلات نفسية شديدة، مثل: حالة فيرجل الذي استعاد بصره، "الا انه أصيب بالاكتئاب والإحباط ؛ لأنه "بالرغم من شعوره بالفرحة والتعجب بعد الجراحة إلا أنه شعر بالضياع بين العالم المرئي وعالمه الخاص. والغريب بأنه عندما فقد بصره للمرة الثانية شعر بأن فقدان البصر هبة ؛ لأنه خلصه من التشويش والضوء الساطع وأعاده لعالمه من جديد" (ساكس، 1996، صفحة 151 - 152).

إلا أن مايك ماي - ولحسن الحظ - لم يشعر بذلك، وقد يكون السبب - كما يعتقد كاتب قصته روبرت كيرسون - هو حسة القوي بالمغامرة. وقد عانى كثيراً ليرى الأشياء بأبعادها الثلاثة، وبالرغم من أن بصر مايك ما زال أقل من مستوى البصر العادي إلا أنه قدم الكثير من العون للعلماء وللمكفوفين لفهم فقدان البصر والرؤية والمشاعر البشرية.

احتياطات خاصة باستخدام التكنولوجيا Cautions About Technology:

يجب مراعاة بعض الاحتياطات عند استخدام الأدوات الإلكترونية أو الحواسيب. ويعتقد مؤيدو طريقة برايل أنه وبرغم فوائد أجهزة التسجيل والحواسيب وغيرهما من الأدوات التكنولوجية في مجالي القراءة والحصول على المعلومات إلا أنها لا يمكنها أن تحل محل طريقة برايل. فعلى سبيل المثال : من الصعب أن نصل إلى جزء معين من نص ما أو أن نتصفح النصوص عند استخدام أجهزة التسجيل، في حين يمكن القيام بهذه النشاطات عند استخدام طريقة برايل. كما أن تدوين الملاحظات أو قراءة خطاب ما أو البحث عن معنى كلمة ما في القاموس تكون أسهل عند استخدام طريقة برايل مقارنة باستخدام أجهزة التسجيل.

يشجع مؤيدو طريقة برايل استخدام لوح وقلم برايل لتدوين الملاحظات، كما يؤكدون على أن الحواسيب لن تحل محل لوح وقلم برايل بالنسبة للمكفوفين، كما أنها لم تحل محل الورقة والقلم بالنسبة للمبصرين.

هناك -أيضاً- بعض المحددات للأدوات التكنولوجية الخاصة بالتعرف والتنقل، ومن الأفضل عدُّها أدوات ثانوية؛ حيث إنها لا تُعد بديلاً عن العصا الطويلة على سبيل المثال.

وبالرغم من أن التكنولوجيا قد لا تكون الحل الأفضل لكل الصعوبات التي يواجهها الأشخاص المكفوفون، إلا أنه لا شك بأنها جعلت حياتهم أسهل وأكثر إنتاجية. وبما أن تطوير أي تكنولوجيا يهدف إلى خدمة المجتمع بصورة عامة، فيجب أن يستفيد منها الأشخاص ذوو الاعاقة البصرية أيضاً.

نماذج تقديم الخدمات Service Delivery Models:

يوجد أربعة خيارات رئيسة للخدمات التربوية للطلاب ذوي الإعاقة البصرية تتراوح من الأكثر انعزالاً إلى الأقل انعزالاً:

1- المدرسة الداخلية.

2- الصفوف الخاصة.

3- غرف المصادر.

4- الصفوف العادية مع الحصول على مساعدة المعلم المتنقل.

كان يتم في بداية التسعينيات تعليم كل الأطفال المكفوفين في مدارس داخلية. أما الآن فتتوافر خدمة المعلم المتنقل، حيث يقوم معلم مختص بالإعاقة البصرية بزيارة العديد من المدارس المختلفة للعمل مع الطلاب ذوي الاعاقة البصرية في صفوف التعليم العادي، والتي تُعد التصنيفات الأكثر شيوعاً لهؤلاء الطلاب في هذه الأيام. وفي الواقع، يُعد عدد الطلاب ذوي الاعاقة البصرية قليلاً جداً، والذي يجعل تقديم خدمات الصفوف الخاصة أو غرف المصادر أمراً صعباً لمعظم المدارس.

تعاون معلمو الطلاب المكفوفين أو ضعاف البصر

يجب أن يملك المعلم العادي والمعلم المتنقل وقتاً كافياً للتخطيط لحاجات الطالب ذي الإعاقة البصرية، كما يجب أن يتمتع معلم الطلاب ذوي الإعاقة البصرية بالخبرات الآتية عند العمل مع المعلم العادي :

1- استراتيجيات لتعليم مهارات الاستماع والمهارات السمعية التعويضية.

2- تقنيات لتعديل الأساليب التعليمية والأدوات التعليمية.

3- تقييم بيئات التعلم متعددة الحواس، والتي تشجع مشاركة الأشخاص ذوي الاعاقة البصرية بفعالية في نشاطات فردية أو في المجموعات.

4- استراتيجيات تعليم المفاهيم الرئيسة.

5- استراتيجيات تعليم التنظيم ومهارات الدراسة.

6 - استراتيجيات تعليم الأفراد ذوي الإعاقة البصرية التفكير وحل المشكلات وغيرها من الاستراتيجيات المعرفية.

استراتيجيات ناجحة

تتحدث كل من ريكي كيري (معلمة متنقلة) وجيني جاريت (معلمة الصف الرابع) عن تعاونهما في تعليم الطالب دينيس، وهو طالب ذو إعاقة بصرية شديدة.

- جيني: اشتمل صفي (23) طالباً تتراوح أعمارهم بين تسعة الى عشر سنوات، وكان لدي طالبين

اثنين ذوا صعوبات تعلم، وطالب واحد يعاني من اضطرابات سلوكية شديدة والطالب دينيس.

- ريكي:

بالرغم من أن الطالب كان يملك بعض الرؤية المتبقية إلا أنه لم يكن قادراً على رؤية التفاصيل عن بعد أكثر من قدمين، ويستخدم نصوص ذات طباعة كبيرة للقراءة.

- جيني:

واجه دينيس بعض الصعوبة في تكوين أصدقاء بسبب قلة خبرته وعدم قدرته على الإنصات، إلا أنه كان يتمتع بحس دعابة جيد. يدرس دينيس في صفي طوال اليوم الدراسي، وكل المواد الأكاديمية، وتعمل معه ريكي خلال حصص الفنون اللغوية وحصص برايل. كانت ريكي تأتي إلى المدرسة خلال النصف الأخير من الدوام، وهذا منحنا الفرصة لمناقشة الواجبات الصفية والواجبات المنزلية والتعديلات على المنهاج والأدوات. إلا أنني واجهت صعوبة شديدة في بداية تعاملي مع دينيس ؛ لأنني كنت بحاجة لمعرفته جيداً أو لمعرفة قدراته البصرية ونقاط قوته وضعفه واستراتيجياته للتكيف، وبعد ذلك قمت بتعديل أسلوبي التعليمي.

- ريكي:

كنت أشعر بضغط شديد بسبب الأشياء الكثيرة التي كانت جيني ودينيس بحاجة للمساعدة فيها بالرغم من قلة وقت بقائي في المدرسة، لذلك شعرت بالإحباط من المحددات التي سببتها قلة الوقت، إلا أنني كنت على اطلاع شبه يومي بأداء دينيس الصفي اليومي.

- جيني:

كان لتعاوني مع ريكي الأثر الأفضل ؛ لأننا متشابهتان في الحماسة للتدريس بالإضافة الى الاختصاص المهني.

ما زالت المدارس الداخلية أحد نماذج الخدمات الشائعة نسبياً للطلاب ذوي الإعاقات الأخرى؛ حيث نجد -على سبيل المثال- بأن حوالي 6% من الطلاب ذوي الاعاقة البصرية الذين تتراوح أعمارهم من (6 -21) سنة، يتم تصنيفهم في مؤسسات داخلية، في حين يتم تصنيف 1% فقط من الطلاب ذوي الإعاقات العقلية في هذه الخدمة. وتمتاز التصنيفات الداخلية أو المدارس الخاصة بأن الخدمات يتم تركيزها للطلاب ذوي الاعاقة البصرية، فعلى سبيل المثال يحصل الطلاب الذين يدرسون في مدارس داخلية أو مدارس خاصة على مهارات التعرف والتنقل أكثر من أقرانهم في المدارس العادية. (Cameto Nagle, 2007). وقد كان معظم الطلاب المكفوفين -في الماضي- يدرسون في المدارس الداخلية والمدارس الخاصة لسنوات عدة، أما الآن فإن بعضهم قد ينتظم فيها لفترة قصيرة فقط (تتراوح من سنة إلى 4 سنوات على سبيل المثال). كما ينعكس التوجه إلى دمج الطلاب ذوي الاعاقة البصرية في الصفوف العادية مع أقرانهم المبصرين، هذا وقد عقدت العديد من المدارس الداخلية اتفاقات مع المدارس الحكومية المحلية بحيث يركز طاقم المدرسة الداخلية -عادة- على تدريب الطلاب على مهارات الحياة المستقلة، مثل: مهارات التنقل وبعض الأعمال المنزلية والأمور الشخصية، في حين يركز طاقم المدارس العادية على الجانب الأكاديمي.

تقييم مستوى التحسن Assessment of Progress:

يجب أن يقوم معلمو الطلاب ذوي الإعاقة البصرية بتقييم كل من المهارات الأكاديمية والوظيفية، حيث تشمل التقييمات الأكاديمية مهارات برايل للقراءة والاستيعاب ومهارات صيغة نيميث للحساب، في حين تُعد مهارات التعرف والتنقل جزءاً ضرورياً جداً في تقييم المهارات الوظيفية.

تقييم المهارات الأكاديمية Assessment of Academic Skills:

يُعد استخدام طريقة برايل جانباً مهماً في النجاح الأكاديمي للطلاب المكفوفين أو ضعاف البصر، كما ينص قانون IDEA على احتواء الخطة التربوية الفردية على تعليم طريقة برايل، ولذلك من الضروري أن يقوم المعلمون بمتابعة مدى تطور مهارات برايل عند هؤلاء الطلاب. تُعد المقاييس معيارية المرجع / CBM طريقة فعالة لتقييم تطور الطلاب ذوي الإعاقة البصرية أكاديمياً في مناهج محددة. وتمتاز نسخ برايل لهذه المقاييس بفقرات قراءة بنفس كفاءة فقرات القراءة في مقاييس المبصرين. (Morgan & Bradelly - Johnson, 1995). ويمكن تحويل الفقرات المطبوعة إلى فقرات بطريقة برايل؛ لاستخدامها في متابعة تطور مستوى قراءة الطلاب ودقتها، إلا أن المعلمين يجب أن يعدلوا الإجراءات المعيارية لهذه المقاييس عند استخدامها مع الطلاب ذوي الاعاقة البصرية؛ لأن قراءة برايل تتطلب وقتاً أطول من قراءة الطباعة.

كما يستطيع المعلمون استخدام تقنيات المقاييس المنهجية في مادة الحساب. وتتوافر المقاييس المنهجية التجارية لمتابعة مدى تطور طلاقة الطلاب ذوي الاعاقة البصرية الحسابية، ويمكن تحويل هذه المقاييس إلى صيغة نيميث ليستخدمها الطلاب ذوو الإعاقة البصرية. تحوي امتحانات الحساب في المقاييس معيارية المرجع العديد من المفردات ذات النوع الواحد (مثل: مسائل جمع عددين). يعطى الطالب المبصر من دقيقتين إلى ثلاث دقائق كحد أقصى لحل المسألة الحسابية، ويتم تقييمه بناءً على الناجم الصحيح، وبناء الوقت الذي احتاجه لحل المسألة الحسابية، إلا أن الطلاب المكفوفين يحتاجون وقتاً أطول لحل نفس المسألة، وذلك لأن صيغة نيميث أكثر صعوبة للقراءة، وتحتاج ضعف الوقت اللازم لقراءة الطباعة العادية. يمكن أن يستخدم الطلاب ضعاف البصر نسخ المقاييس ذات الطباعة الكبيرة، كما قد يحتاجون وقتاً إضافياً، إلا أنهم قد لا يحتاجون إلى ضعف الوقت.

تقييم المهارات الوظيفية Assessment of Functional Skills:

تُعد مهارات التعرف والتنقل ضرورية لنجاح الأشخاص ذوي الاعاقة البصرية في التكيف بنجاح، وبناء على هذا يجب أن تحظى بالتقييم. تشمل الإجراءات المألوفة لتقييم مهارات التعرف والتنقل عادة قوائم الشطب الشخصية ومعطيات التقارير الشخصية. كما أن التطورات التكنولوجية الحديثة المستخدمة في التدريب على التعرف والتنقل تنبئ بتطوير إجراءات متابعة مدى تطور مهارات التعرف والتنقل، حيث يمكن أن يستخدم مدربو مهارات التعرف والتنقل نظام تحديد المواقع العالمي / GPS كأسلوب منظم لمتابعة مدى تنقل طلابهم بمهارة. كما ساهم كل من المسجل الجغرافي/geologger ونظام تحديد المواقع العالمي / GPS في جمع المعطيات الخاصة بأوقات التنقل وأنماطه والمسارات ووقت الرحلة، ويساهم تقييم مثل هذه المعطيات في مساعدة مدربي التعرف والتنقل على تعزيز تنقل طلابهم بمهارة من خلال التخطيط المسبق المبني على هذه المعطيات.

تعديل الاختبارات Testing Accomodations:

ينص قانون الـ IDEA على إجراء التعديلات المطلوبة على اختبارات الطلاب ذوي الإعاقات عند الحاجة أو على استخدام تقييمات بديلة، ومن التعديلات الأكثر استخداماً مع الطلاب المكفوفين والطلاب ضعاف البصر هي :

1- تعديل طريقة العرض (مثل اختبار الطالب باستخدام طريقة برايل أو اختبار الطالب باستخدام الطباعة العادية مع أدوات التكبير أو اختبار الطالب باستخدام الطباعة المكبرة).

2- تعديل طريقة الإجابة مثل: استخدام آلة برايل.

3- يُعد تعديل جدول الامتحانات ضرورياً جداً بالنسبة للطلاب ذوي الاعاقة البصرية، وذلك لأن معدل قراءة الطلاب باستخدام طريقة برايل يكون –عادة– أبطأ من قراءة الطلاب المبصرين للطباعة العادية. إلا أنه لا تتوفر إلا بحوث تجريبية قليلة لتحديد الشكل الأمثل لهذه التعديلات أو التقييمات البديلة للطلاب ذوي الإعاقات وبالذات ذوي الاعاقة البصرية. (Zeb-ehazy, Hartman, & Durando, 2006) كما أن عدداً قليلاً فقط من الولايات صرحت بوجود من يقوم بمتابعة الفرق المسؤولة عن مفردات الاختبارات لتحديد مصدر أي تحيز محتمل ضد الطلاب ذوي الاعاقة البصرية. وبالرغم من المخاوف حول مدى صدق وثبات المقاييس بعد إجراء التعديلات للطلاب المكفوفين أو ضعاف البصر، إلا أن عددا أكبر من الولايات بدأت بإجراء التعديلات على اختبارات الطلاب المكفوفين أو ضعاف البصر.

التدخل المبكر Early Intervention:

توصل الباحثون إلى أن الأطفال الرضع يبدؤون باكتساب قدر كبير من المعلومات البصرية من بيئاتهم مباشرة بعد ولادتهم (Bark, 2005). ولذلك من السهل أن نفهم ذلك السبب الذي يجعل التدخل المكثف المبكر قدر الإمكان ضرورياً جداً لمساعدة الأطفال ذوي الإعاقة البصرية على البدء باستكشاف البيئة. وكما لاحظنا سابقاً فإن العديد من الأطفال الرضع المكفوفين يتأخرون في نموهم الحركي عن أقرانهم المبصرين، ولذلك يجب أن يكون التدريب على التعرف والتنقل أساسياً في برامج التدخل المبكر في مرحلة ما قبل المدرسة. كان معلمو التعرف والتنقل يعتقدون سابقاً أن الأطفال الصغار ليسوا كباراً على نحو كاف لتعلم مهارات التنقل، كما يعتقد بعض أولياء الأمور – وبالذات المبصرين – أن استخدام العصا الطويلة يؤثر في وصم أطفالهم بالإعاقة، ويقول أحد الأشخاص المكفوفين:

"حاول والدي عدم استخدامي للعصا الطويلة قدر الإمكان بدعم من المعلمين، فقد كانت العصا تعني لهم رمزاً يحولني من طفلهم الكفيف –وقد تقبلوا هذا– إلى شخص سيكبر ويصبح رجلاً كفيفاً، إلا أنهم لم يتقبلوا ذلك مما حال دون معرفتي للعصا الطويلة حتى بلغت سن الحادية عشرة" (Wunder, 1993, P. 568).

تزايد أعداد الأطفال ذوي الاعاقة البصرية الذين يتعلمون تقنيات استخدام العصا الطويلة في مرحلة ما قبل المدرسة. وبالرغم من أن العديد من الأشخاص يؤيدون ضرورة تعليم الأطفال ذوي الإعاقة البصرية في مواقع مدموجة مع الأطفال المبصرين، إلا أنه من الضروري جداً أن يقوم المعلمون بتسهيل التفاعلات بين الأطفال ذوي الاعاقة البصرية والأطفال المبصرين ؛ وذلك لأن معظم زملاء الطالب الكفيف في الصف هم في الغالب مبصرون، وإذا لم يتم تسهيل تفاعلاتهم سيؤدي ذلك إلى عزلة الطالب الكفيف اجتماعياً. كما توصلت البحوث إلى أن مجرد وضع الأطفال المكفوفين في مرحلة ما قبل المدرسة مع أقران مبصرين لا يؤدي بالضرورة إلى تفاعلهم مع بعضهم البعض (Celeste, 2006)؛ ولذلك يجب أن يشجع المعلمون تفاعل الطلاب على نحو ملائم من خلال المشاركة النشطة وتكرار فرص التعلم.

كما يتفق معظم المختصين على الأهمية الشديدة لمشاركة أولياء أمور الأطفال الصغار ذوي الإعاقة البصرية في برامج التدخل المبكر؛ لأن هذا سيزيد من نشاطهم في أداء أدوارهم في المنزل، وذلك من خلال مساعدة أطفالهم في اكتساب المهارات الأساسية مثل التنقل والتغذية، كما أن هذا سيعزز استجابتهم للأصوات التي تصدر عن أطفالهم. وقد يحتاج الوالدان -أيضاً- في بعض الأحيان إلى المساعدة في التكيف وتقبل وجود طفل ذي إعاقة بصرية في العائلة.

الانتقال إلى مرحلة الرشد Transition to Adulthood:

هناك مجالان اثنان مرتبطان بشدة، ويُعدان مجالين مهمين بالنسبة للعديد من المراهقين والراشدين ذوي الاعاقة البصرية، وهما الاستقلالية والحصول على عمل. يعتمد مدى نجاح الطلاب ذوي الاعاقة البصرية في تحقيق الاستقلالية والحصول على عمل ملائم على نحو كبير -على نوعية التأهيل والدعم الذي يتلقونه من معلميهم وعائلاتهم.

فاكسون

ولد فاكسون مصاباً بنقص نسيج العصب البصري/ onh في كلتا العينين وهي حالة ينجم عنها تلف العصب البصري، كما تؤثر في الحدة البصرية والمجال البصري وتسبب إعاقة بصرية شديدة. استطاع فاكسون تعلم طريقة برايل بواسطة آلة بيركنز منذ مرحلة الروضة، وهو يدرس الآن في المرحلة الثانوية، ويخطط للذهاب إلى الكلية في الخريف القادم. يرغب فاكسون بأن يصبح معلماً للطلاب ذوي الإعاقة البصرية:

1- ماذا تفعل للاستمتاع بوقتك؟

أحب لعبة "كرة الهدف" وهي لعبة يجب أن تلعب في قاعة رياضية وتحتاج لهدوء شديد.

2- ما هي طريقتك للاسترخاء؟

أحب صيد السمك مع عائلتي وأصدقائي، كما أقوم بالكتابة والقراءة بواسطة برايل وقد أنهيت تواً رواية pride And Prejudice للكاتبة جين اوستين.

3- ما هي أحد الجوانب التي تعد نفسك مبدعاً فيها؟

أشعر بإبداعي في استخدام طريقة برايل وفي التعامل مع الآخرين.

4- ما هي بعض الأشياء التي تزعجك؟

الأشخاص الذين يسخرون ممن يختلف عنهم، وأنا لا أعتقد أنه يحق لأي شخص الحكم على الآخرين.

5- هل يمكنك أن تذكر معلماً واحد كان له تأثير إيجابي في حياتك؟

كان لمعلمة الرؤية الخاصة بي - واسمها ريكي - تأثيراً كبيراً في حياتي، فبالإضافة لكونها معلمتي فقد كانت - أيضاً - صديقتي المقربة المستعدة دائماً للوقوف إلى جانبي.

6- هل هناك أي شخص آخر تُعده مَثلك، ولماذا؟

أعدُّ كل عائلتي مثلاً ؛ وذلك لأننا نكمل نقاط ضعف بعضنا بعضاً، فما ينقصني يعوضوني إياه، وما ينقصهم أعوضهم إياه. كما عمل والدي في الحزب الوطني مدة (11) سنة ؛ ولذلك اكتسبت القوة منه في حين تملك أمي حساً مرهفاً، وأنا اكتسبت مشاعر العطف منها، وأختي الكبيرة أيريكا ترى الخير في كل الناس ولا تسخر من أحد مطلقاً.

7- ما هو أصعب شيء واجهك بسبب إعاقتك؟

رؤية أختي والآخرين قادرين على قيادة السيارات يشعرني بالحزن ؛ لأنني لست قادراً على ذلك، إلا أنني أشعر بالتحسن كلما تذكرت أنني تعلمت كيفية استغلال حواسي الأخرى على نحو أفضل.

8- هل تعتقد بأن إعاقتك البصرية منعتك من تحقيق ما تريده في حياتك؟

بالطبع لا، بل أشعر أنني أتمتع بالعديد من المزايا، فأنا لدي معلمة رؤية منذ (13) سنة، وهذا ما أريده، وهو: أن أصبح معلماً ؛ فقد منحتني معلمتي الكثير وأصبح على عاتقي دين يجب أن أرده وأشعر بالرغبة الشديدة للقيام بذلك.

9- هل أثرت إعاقتك البصرية على علاقاتك الاجتماعية؟ وكيف أثرت إن كان لها أي تأثير؟

كان لدي صديقين اثنين مبصرين أذهب معهما إلى المدرسة، ولكن عندما أذهب لتجمّع أشخاص ذوي إعاقات بصرية يصبح لدي الكثير من الأصدقاء، فهم يشبهونني ويستطيعون فهمي، ويمكننا الاستمتاع بوقتنا معاً كفريق واحد.

10- هل منحتك الإعاقة البصرية أي مزايا قد يشعر الآخرون بالدهشة لمعرفتها؟

أعتقد أنني لا أعد إعاقتي البصرية قيوداً تقيدني، بل أشعر أنها ريح تدفعني للأمام , وقد يثير هذا تعجب الكثيرين.

11- ما رأيك بمواقف الآخرين تجاهك؟

أشعر بأن بعض الأشخاص يشعرون بالأسف اتجاهي، إلا أنني لا أحتاج إلى الشفقة ؛ لأنني أعتقد أن ما أصابني كان لهدف , في حين أشعر باحترام بعض الأشخاص لي، بل ويتمنون أن يعرفوا كيف سيكون يوم واحد من حياتهم لو كانوا مكاني؟

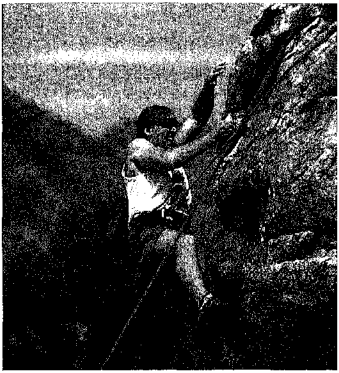
12- اذكر شيئاً واحداً ترغب أن يعرفه الآخرون عنك؟

سيأتي يوم لن يعتقد فيه أي شخص أن الأشخاص ذوي الاعاقة البصرية مختلفون عن غيرهم، بل يمكننا أن نندمج مع الآخرين ويُعدونا مثلهم.

13- أرجو أن تملأ في الفراغ جملة " لا يمكنني العيش من دون:

.... إعاقتي البصرية ؛ لأنني ما كنت لأصل إلى ما وصلت إليه من دونها، وأنا أحب حياتي كما هي.

العيش المستقل Independent Living:



يستطيع معظم الأشخاص المكفوفين تحقيق حياة مستقلة جداً بفضل التدريب الملائم الذي يفضل أن لا يتأخر عن المرحلة المتوسطة. وللأسف؛ تشير الكثير من الأدلة الا أن العديد من الطلاب المكفوفين لا يحصلون على التدريب الضروري على مهارات الحياة اليومية (لويس وايزلين، 2002 / ولفي ورفاقه، 2002). ومن الغريب بأن إصرار بعض المختصين على دمج الطلاب ذوي الإعاقة البصرية في التعليم العادي والسماح لهم بالحصول على منهاج التعليم العادي أدى إلى تقليل التركيز على تعليمهم المهارات الضرورية لتحقيق الاستقلالية. سبنجن، 2003) كما يعتقد هؤلاء المختصون أن المعلمين المتنقلين لا يملكون -عادة- الوقت الكافي لتعليم الطلاب ذوي الإعاقة البصرية مهارات الحياة اليومية على نحو مباشر.

كما أشار العديد من المختصين إلى أن السبب الرئيس للمشكلات التي يواجهها المراهقون والراشدون ذوو الإعاقة البصرية في تحقيق الاستقلالية هو: الأسلوب الذي يتعامل به المجتمع مع الأشخاص ذوي الاعاقة البصرية. ومن الأخطاء الشائعة التي يواجهها ذوو الاعاقة البصرية أن يفترض الآخرون بأنهم عاجزون ويثيرون الشفقة. وقد حاول الأشخاص ذوو الإعاقة البصرية – منذ وقت طويل – رفض هذا الأسلوب، بل ورفضوا بعض التوجهات الحكومية التي من المفروض بأنها طورت لمساعدتهم.

فعلى سبيل المثال، عارض الاتحاد الفيدرالي الوطني للمكفوفين قرار استخدام إشارات المشاة المكفوفين asps/التي توضع لمساعدة المكفوفين في المشي عبر مفترقات الطرق بأمان. وتقدم معظم أنواع الإشارات الشائعة إشارات سمعية أو لمسية أو كليهما معا. كما توجد التحذيرات البارزة التي يمكن التنبؤ بها / Raised Dome Detectable Warnings لتحذير الأشخاص المكفوفين من الأماكن الخطرة، مثل: الحواف القريبة في محطات القطارات الكهربائية النفقية.

إلا ان الاتحاد الفيدرالي الوطني للمكفوفين صرح بأن إشارات المشاة المكفوفين قد تكون ضرورية في بعض مفترقات الطرق الخطرة، ولكن لا يجب استخدامها عند كل المفترقات. (Mauror, 2003) وذلك لأنها قد تسبب تشويش الشخص ذي الإعاقة البصرية؛ لأنها تزيد من الضجيج، وينجم عن ذلك

أن الشخص الكفيف لن يستطيع سماع حركة المرور. كما أكد الاتحاد الفيدرالي الوطني للمكفوفين على أن التحذيرات البارزة التي يمكن التنبؤ بها ليست ضرورية في معظم الحالات، وأكد على أنها قد تؤدي إلى عدم استقرار مشي الكفيف.

يعود رفض الاتحاد الفيدرالي الوطني للمكفوفين لمثل هذه الأدوات إلى أنها ستدفع المجتمع المبصر للاعتقاد بأن المكفوفين يحتاجون تعديلات أكثر من المطلوب، والذي سيعزز الاعتقاد بأنهم عاجزون. وسواء اتفقنا مع رأي الاتحاد الفيدرالي الوطني للمكفوفين أو اعتقدنا بأنه مفرط الحساسية إلا أنه مما لا شك فيه بأن المجتمع المبصر يميل للاعتقاد بأن المكفوفين أشخاص عاجزون ويحتاجون للرعاية. وقد قام الطلاب المكفوفون برحلة في إطار برنامج التعرف والتنقل في جامعة لويزيانا إلى مركز التجارة العالمي في مدينة نيويورك. وتم معاملتهم على نحو خاص لأنهم مكفوفون، حيث لم يتم تفتيشهم لغايات أمنية كغيرهم، وذلك خلال رحلتهم إلى أعلى مركز التجارة العالمي، وإليكم تعليق أحد هؤلاء الطلاب:

" لقد سخرنا كثيراً من عدم تفتيشنا جيداً، وأذكر أننا علقنا بأنه يكفي إن أردت تفجير مركز التجارة العالمي أن تمسك بيدك عصا بيضاء وتدعي بأنك كفيف حتى يرحب بك الجميع. كما أن المجتمع يخسر - أيضاً - عندما يقدم مزايا إضافية للأشخاص لمجرد اعتقادهم بأنهم عاجزون. كما يخسر عامة الناس فرصة مشاركتنا في المجتمع، فهؤلاء الأشخاص يعتقدون بأننا يجب أن نكون مثلهم كما لا يمكنهم معرفة الصالح من الطالح من المكفوفين. (Lansaw, 2000, PP. 964-965)

ومن ناحية أخرى قد يميل عامة الناس إلى أن يجعلوا من بعض الأفراد المكفوفين أبطالاً خارقين، وذلك عندما يقومون بإنجاز مهام عادية نسبياً. وبالرغم من أن تسلق الجبال - مثل: جبل ماكنلي وجبل افرست - ليس أمراً عادياً، إلا أن ايريك ونيماير عبر عن مشاعره كما يأتي:

"طلبت مني الجمعية الأمريكية للمكفوفين إجراء بعض المقابلات التلفزيونية بعد قيامي بتسلق جبل ماكنلي. وأذكر أحد هذه البرامج التي حضرتها بالإضافة إلى مجموعة من الأشخاص المكفوفين "المدهشين والملهمين"، تم إرشاد كل الأشخاص المكفوفين إلى المسرح وصوت العصي تنقر أرضية المسرح، وأذيال الكلاب تهز، وجلسنا في صف واحد أمام المشاهدين. بدأت المذيعة بقصتي قائلة: "رجل كفيف يتسلق جبلاً، رائع؟ حتى أنا - المبصرة- لن أفكر في تسلق جبل" لم تكن هذه أول مرة أسمع فيها جملة "حتى أنا" التي يقصد بها الآخرون مديحي، إلا أنها تزعجني، فهناك الكثير من الأسباب التي قد تمنع المذيعة من ممارسة رياضة تسلق الجبال، فقد يكون وزنها زائداً (50) باونداً عن الوزن الطبيعي، وقد يكون السبب أنها تلهث عند القيام بعمل شاق، إلا أن المذيعة ربطت النجاح أو الفشل تلقائياً بعامل واحد، وهو: البصر أو فقدانه.

وبعد ذلك جلست في مقعدي حتى نهاية البرنامج، فقد كنت بكل بساطة شخصاً كفيفاً خطط لتسلق جبل ولا شيء أكثر. كما أنني قد اعتدت على مثل هذه التعليقات طوال حياتي، فعندما أرشد

أحدهم إلى منزلي يقول "مدهش " وعندما أتواصل بالعين مع الآخرين خلال محادثاتي أكون - أيضاً - "مدهشاً"، وعندما أسكب كأساً من الحليب من دون سكبه على الطاولة أكون - أيضاً - "مدهشا".

حصل كل منا على تكريم لمهاراتنا البطولية إلا أن الحديث كله دار حول تدني التوقعات للأشخاص المكفوفين أكثر من إنجازاتهم." (Weihnmayer, 2001, PP. 166-168).

وبالرغم من أن الأشخاص المكفوفين قد يحققون نفس درجات الاستقلالية التي يحققها أقرانهم المبصرون، إلا أنه من الخطأ أن نفترض أن ذلك سوف يحدث على نحو طبيعي أو بسهولة ؛ وذلك لأن العديد من مهارات الحياة اليومية التي يتعلمها الأشخاص المبصرون تلقائياً يجب أن يتم تعليمها للأشخاص المكفوفين على نحو مباشر. يعرض الاتحاد الفيدرالي الوطني للمكفوفين في موقعه الإلكتروني عدداً من المنتجات والمصادر التي تقدم اقتراحات عملية للعيش باستقلالية.

التوظيف Employment:

من الجدير بالذكر أن العديد من الراشدين المكفوفين في سن العمل عاطلين عن العمل، في حين تكون مؤهلات الحاصلين على عمل - عادة - أعلى من المهنة التي يعملون فيها، فعلى سبيل المثال : تشير الإحصائيات إلى أن نسبة توظيف الأشخاص المكفوفين هي حوالي نصف نسبة توظيف الأشخاص المبصرين. (كابيلا - ماكدونا، 2005) (هوتنفل، 2003)، كما أن المعطيات تشير إلى أنهم يحصلون على معدل الأجور الأدنى في الساعة مقارنة بكل فئات الإعاقة الأخرى. (كيرتشر وشميث ، 2005). وقد يرجع ذلك إلى برامج الانتقال غير الفعالة في المرحلة الثانوية وليس بسبب الإعاقة البصرية بحد ذاتها، أي: إذا استخدمنا برامج انتقال ملائمة للطلاب ذوي الاعاقة البصرية، فإنه يمكنهم القيام بكل الوظائف كالتعليم والهندسة، وهذا يشمل -أيضاً- أولئك الطلاب المكفوفين كلياً. كما يجب أن تكون برامج الانتقال الملائمة مكثفة وممتدة، بحيث تتضمن العديد من خبرات العمل التي تخضع لإشراف جيد أو لفترة تدريب كافية في أثناء وجود هؤلاء الطلاب في المدرسة الثانوية. وتشير البحوث إلى أن حصول الطلاب المكفوفين على خبرات سابقة يعزز مهاراتهم في العمل. (ماكدونال وغرودن، 2009) (زيمرمان، 2011).

ومن طرق تحسين الفرص الوظيفية للأشخاص المكفوفين أجراء التعديلات في بيئة العمل، حيث يرى الموظفون المكفوفون أن هناك بعض التعديلات البسيطة نسبياً، والتي تجعل أداءهم في وظائفهم أفضل. ومن التعديلات المقترحة : تحسين وسائل النقل والاضاءة الجيدة والنوافذ الملونة لتنقية الضوء وإزالة الثلج على نحو سريع، وإزالة العوائق من الممرات، وبرامج الحاسوب مثل : البرامج الناطقة وأجهزة القراءة التي تحول الطباعة إلى نص مطبوع بطريقة برايل. (رمريل وروزلر وشيلر، 1998).

ومما لا شك فيه أن الإعاقة البصرية تمثل تحدياً حقيقياً لتكيف الأشخاص ذوي الاعاقة البصرية مع الحياة اليومية. ونظراً لوجود العديد من أوجه الشبه بين الأشخاص ذوي الاعاقة البصرية

وغيرهم من الأشخاص في المجتمع، يجب أن يحاول معلمو التربية الخاصة ومعلمو التعليم العادي تحقيق قدر معقول من التوازن بين توفير البرامج الخاصة للطلاب ذوي الاعاقة البصرية وبين معاملتهم بنفس الأسلوب الذي يتعاملون فيه مع باقي الطلاب

ملخص الفصل SUMMARY

كيف يعرف ويصنف المختصون الطلاب المكفوفين وضعاف البصر؟

يستخدم مؤيدو التعريف القانوني الحدة البصرية والمجال البصري :

- تكون الحدة البصرية 20 / 200 قدم أو أقل في أفضل العينين بعد التصحيح عند المكفوفين، في حين تتراوح الحدة البصرية من 20 / 70 إلى 20 / 200 قدم في أفضل العينين بعد التصحيح عند ضعاف البصر.
- كما أنه قد لا يتجاوز مجال الرؤية 20 درجة عند المكفوفين.

يفضل مؤيدو التعريف التربوي استخدام أسلوب القراءة :

- يحتاج المكفوفون استخدام طريقة برايل والأساليب السمعية.
- يستطيع ضعاف البصر قراءة الطباعة الكبيرة أو القراءة باستخدام أدوات التكبير.

يفضل البعض تعريف الإعاقة البصرية من خلال المهارات ويركز هذا التعريف على الأساليب التي يحتاجها الشخص ذو الإعاقة البصرية - بالاضافة للبصر أو من غير البصر - للحصول على المعلومات أو لأداء المهام.

ما هي نسبة انتشار الإعاقة البصرية؟

يُعد فقدان البصر إعاقة تصيب الراشدين على نحو رئيس.

يتم تصنيف أقل من (0,05%) من الطلاب الذين تتراوح أعمارهم من (6- 17) سنة على انهم ذوو إعاقات بصرية.

ما هي بعض الخصائص التشريحية والفسيولوجية الرئيسة للعين؟

تمر الأشعة الضوئية من خلال القرنية ثم الحجرة الأمامية ثم البؤبؤ ثم عدسة العين ثم الجسم الزجاجي ثم الشبكية ثم العصب البصري على شكل نبضات لتصل إلى الدماغ والفص الخلفي ليتم تفسيرها هناك.

كيف يتم قياس القدرة البصرية؟

يتم قياس الحدة البصرية للمسافات البعيدة - في معظم الأحيان - من خلال استخدام لوحة سينيلين.

تتوافر المقاييس لقياس الحدة البصرية للمسافات القريبة.

يجري المعلمون البصريون العديد من التقييمات الوظيفية لتحديد كيف يستخدم الطلاب بصرهم في الحياة اليومية

ما هي أسباب الإعاقة البصرية؟

تنتج أكثر المشكلات البصرية شيوعاً عن أخطاء الانكسار :

- قصر النظر.

- طول النظر.
- اللابؤرية.

تؤثر بعض الحالات على كل من الأطفال والراشدين:

- الجلوكوما أو المياه الزرقاء/ glaucoma: هي مجموعة من أمراض العين تسبب تلف العصب البصري.
- إعتام العدسة أو المياه البيضاء/ cataracts: تنتج المياه البيضاء عن إعتام عدسة العين، والذي يؤدي إلى ضبابية الرؤية.
- اعتلال الشبكية الناجم عن السكري/ diabetic Retinopathy : ينتج اعتلال الشبكية الناجم عن السكري عن سوء تزويد الشبكية بالدم.

تؤثر بعض الحالات في الأطفال على نحو خاص.

من أكثر الأمراض شيوعاً عند الأطفال :

- تنجم الإعاقة البصرية الناجمة عن إصابة القشرة الدماغية /cortical Visual Impairment عن انتشار التلف في أجزاء الدماغ المسؤولة عن الرؤية.
- تنجم التليف خلف العدسي (اعتلال الشبكية الناجم عن الخداج) /retinopathy Of Prematurity عن التركيز المفرط للأكسجين وعن غيرها من العوامل.
- تنجم نقص نسيج العصب البصري/Optic Nerve Hypoplasia عن خلل في نمو العصب البصري يرتبط عادة بخلل في الدماغ.
- يؤدي التهاب الشبكية الصباغي/ Retinitis Pigmentosa عادة إلى تضييق مجال الرؤية، وتعرف هذه الحالة بالرؤية النفقية، كما يؤثر التهاب الشبكية الصباغي في الرؤية في الضوء الخافت، ويشار إلى هذه الحالة بالعشى الليلي.

ينجم عن الخلل الوظيفي في عضلات العين مشكلات بصرية :

- الحول، هو: حالة تتجه فيه إحدى العينين أو كلتيهما نحو الداخل أو نحو الخارج.
- أما الرأرأة فتتسم بحدوث حركات سريعة لا إرادية للعين.

ما هي بعض الخصائص النفسية والسلوكية للطلاب ذوي الإعاقة البصرية؟

لا يتأثر التطور اللغوي على نحو كبير بالرغم من إمكانية حدوث تأخر لغوي بسيط وبالذات في مرحلة الطفولة.

قد يعاني الأشخاص ذوو الإعاقة البصرية من تأخر مفاهيمي، ولكنه لا يستمر طويلاً.

يُعد التأخر الحركي في مرحلة الطفولة شائعاً؛ لذلك من الضروري أن يشجع الراشدون الأطفال الصغار على استكشاف البيئة المحيطة.

تعتمد مهارات التعرف والتنقل على العديد من القدرات المكانية:

- يستطيع الأشخاص ذوو الإعاقة البصرية التعامل مع المعلومات المكانية اما على نحو متسلسل أو من خلال الخرائط المعرفية التي تُعد فعالة جداً.
- يملك بعض الأشخاص ذوي الاعاقة البصرية الإحساس بوجود العقبات، وذلك من خلال التنبؤ بالأشياء تبعاً للتغيرات في تردد الصدى عند الاقتراب من الأشياء (ظاهرة دوبلر).

- هنالك اعتقادان خاطئان، وهما أن الأشخاص المكفوفين يملكون حساً إضافياً كما يعتقد البعض بأن حدة الحواس الأخرى الباقية تتطور تلقائياً.
- تقترح بعض الدراسات أن بعض الطلاب المكفوفين يكون تحصيلهم الأكاديمي متدنٍ بسبب ضعف التوقعات أو نقص تدريبهم على طريقة برايل.

يُعد الإدراك الفونولوجي مهماً جداً لتعلم الطلاب ذوي الاعاقة البصرية قراءة الطباعة أو طريقة برايل.

يمكن تفسير أي مشكلات في تكيف الأشخاص ذوي الاعاقة البصرية اجتماعياً بردود أفعال المجتمع المبصر تجاه فقدان البصر.

يظهر بعض الأشخاص ذوي الاعاقة البصرية سلوكات نمطية.

- فسر معظم الباحثون السلوكات النمطية كمحاولة لتثبيت مستويات الإثارة.
- لا يتفق المختصون حول مدى التدخل المطلوب في هذه السلوكات النمطية.

ما هي بعض الاعتبارات التربوية للطلاب ذوي الإعاقة البصرية؟

تُعد القدرة على القراءة بطريقة برايل مهارة رئيسة.

- يعتقد العديد من الباحثين أن استخدام طريقة برايل يتراجع على نحو خطير.
- ساعدت مواثيق برايل في ضمان أن الطلاب ذوي الاعاقة البصرية يتلقون التدريب الكافي على طريقة برايل.
- نص القانون الفيدرالي على توفير التدريب على طريقة برايل إذا أوصى أي فرد من أفراد طاقم الخطة التربوية الفردية - شاملاً الوالدين - بحاجة الطالب لهذا التدريب.
- أشار العديد من المختصين إلى أن العديد من الأشخاص ضعاف البصر يمكنهم الاستفادة من التدريب على طريقة برايل.

تُعد مهارة استخدام الرؤية المتبقية مهارة ضرورية :

- تُعد الكتب ذات الطباعة الكبيرة مفيدة إلا أنها تحتاج إلى مساحة تخزين أكبر.
- تستخدم الأدوات المكبرة للرؤية القريبة أو البعيدة.

تُعد مهارات الاستماع ضرورية.

تُعد مهارات التعرف والتنقل ضرورية جداً :

- يُعد تعلم استخدام العصا الطويلة ضرورياً للغاية.

لسوء الحظ يرفض بعض الطلاب المكفوفين أو ضعاف البصر استخدام العصا الطويلة ؛ لأنهم يعتقدون بأنها وصمة للإعاقة.

- يستطيع الأطفال الصغار والأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة تعلم تقنيات استخدام العصا الطويلة.
- هناك جدل حول إمكانية أن يكون المكفوفون مدربي تنقل جيدين.

يعتقد البعض بأن استخدام الكلاب المرشدة مفيد جداً.

- تُعد الكلاب المرشدة خياراً عملياً بالنسبة للراشدين أكثر من الأطفال، كما تحتاج الكلاب المرشدة وصاحبها تدريباً مكثفاً حتى يكون استخدامها مفيداً.
- لا تأخذ الكلاب المرشدة ذوي الاعاقة البصرية إلى أي مكان، بل يجب أن يعرف الشخص ذو الإعاقة البصرية أين يريد أن يذهب.
- تقوم الكلاب المرشدة بتحذير أصحابها من المناطق الخطرة.

تُعد الخرائط الملموسة مفيدة جداً.

لا يوصى بالأشخاص المرشدين/الدليل المبصر كطريقة مساعدة رئيسة في التنقل إلا أنهم قد يكونون مفيدين في بعض الأحيان.

ازدادت أهمية الأدوات التكنولوجية :

- تتوافر الأدوات التكنولوجية للتواصل والحصول على المعلومات، وتشمل آلة تدوين الملاحظات بطريقة برايل، ومساعد بيانات شخصي / pdas ، والخط الإخباري، وخدمة الفيديو الوصفية، وقارىء شاشة الحاسوب.
- تتوافر الأدوات التكنولوجية للتعرف والتنقل، وتشمل الأدوات التي تتنبأ بالعوائق ونظام تحديد المواقع العالمي / gps.
- لا يجب أن يعتمد الطلاب ذوو الاعاقة البصرية كثيراً على التكنولوجيا إلى درجة إهمال التقنيات الرئيسة، مثل : طريقة برايل، وورقة وقلم برايل، والعصا الطويلة.

تُعد خدمة المعلم المتنقل أكثر نماذج الخدمات شيوعاً، كما تُعد خدمة المدارس الداخلية - مقارنة بالإعاقات الأخرى - شائعة نسبياً.

كيف يقوم المختصون بتقييم تطور المهارات الأكاديمية والوظيفية للطلاب ذوي الإعاقة البصرية وإجراء التعديلات اللازمة في اختباراتهم؟

يستطيع المعلمون مراقبة تطور مهارات استخدام طريقة برايل في القراءة والحساب باستخدام الاختبارات معيارية المرجع/ cbm.

يستطيع مدربو التعرف والتنقل مراقبة تطور مهارات التنقل من خلال أدوات نظام تحديد المواقع العالمي / gps.

يستطيع المختصون تقييم النتائج الأكاديمية باستخدام نسخ برايل للاختبارات الأكاديمية المعيارية.

تشمل التعديلات على الاختبارات - عادة - الاختبار بطريقة برايل أو الطباعة الكبيرة أو زيادة وقت الاختبار.

ما هي بعض الاعتبارات الضرورية الخاصة بالتدخل المبكر للطلاب ذوي الاعاقة البصرية؟

- يجب أن يبدأ التدخل المكثف مبكراً قدر الإمكان.
- تُعد المواقع المدموجة مفيدة، ولكن من الضروري جداً أن يقوم المعلم بتحفيز التفاعلات بين الطلاب ذوي الاعاقة البصرية والطلاب المبصرين.
- تُعد مشاركة الوالدين ضرورية للغاية.
- يوصي العديد من الباحثين - في هذه الأيام - بأن يتم تعليم الطلاب ذوي الاعاقة البصرية في مرحلة ما قبل المدرسة تقنيات العصا الطويلة.

ما هي بعض الاعتبارات الضرورية الخاصة بانتقال الطلاب ذوي الاعاقة البصرية لمرحلة الرشد؟

- يستطيع معظم الأشخاص المكفوفين العيش باستقلالية.

الفصل 10

الطلبة ذوو الإعاقات قليلة الحدوث، والمتعددة، والشديدة

Learners with Low-Incidence, Multiple, and Severe Disabilities

د. غالب محمد الحياري
قسم التربية الخاصة
جامعة الحسين بن طلال

تقسم الحوادث الأمور إلى أمرين مدهشين: قبل و بعد الحادث.

يمكنني القول "حتى قبل الحادث الذي تعرض له Alan، فلقد كان لديه صعوبة في تذكر الأسماء." و كما قلت لابنتا Kelly "منذ أن تعرض والدك [Alan] للحادث، توجب علي العمل بشكل أكثر معه". يضع مجتمع المصابين دماغياً علامة زمنية للحالة عن طريق السؤال عن الفترة التي قضاها الشخص المصاب "منذ" الإصابة، بنفس الطريقة التي تُسأل فيها الثكلى عن عدد السنوات التي مضت منذ وفاة من تحب.

قبل ماذا بالضبط؟

قبل حدوث هذا الانفجار الضخم في الشق الضيق الذي كان موجوداً سابقاً و لكنه الآن ينغص حياتك.

أنا أرى الأمر بهذه الطريقة: أنت تسير مع أفراد أسرتك في أرض منبسطة و طويلة، ثم فجأة يأتي شهاب ليضرب أحد أفراد أسرتك على رأسه. يُحدث الشهاب صدعاً في السهل الجميل، ساحباً هذا الشخص غير المحظوظ إلى أعماق هذا الصدع الذي أحدثه. ثم تمضي السنة التالية في مهمة إنقاذ هذا الشخص، و محاولاً مساعدته على التسلق نحو القمة. و عندما يصل إليها، تُدرك عندها أنه قد تضرر على نحو بالغ نتيجة للصعوبة التي واجهها. هذا الشخص لا يعرف أن شهاباً قد أصابه؛ و لن يعرف أبداً هذه الحقيقة. كل ما يعرفه أنه قد أمضى وقتاً طويلاً في مكان مُظلم و مُربك. كما أنه قد ترك العديد من الأشياء خلفه؛ الأشياء التي كان يحملها معه في ذلك الصدع العميق، إلا أنه من المستحيل العودة و استرجاعها جميعاً.

كتبت بواسطة Cathy Crimmins في "Where Is The Mango Princess?"

يتوقع بعد قراءتك لهذا الفصل أن تعرف الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- كيف تعرّف الإعاقات قليلة الحدوث Low-Incidence، والمتعددة Multiple، والشديدة Severe، وما هي نسبة انتشارها؟
- ما هي إصابات الدماغ الصادمة Traumatic Brain Injury، وكيف يمكن أن تؤثر في عملية التعلم؟
- كيف تُعَرَّف الإعاقة السمعية – البصرية، وما هي المشكلات التعليمية الخاصة التي تترتب عليها؟
- ما هي الاعتبارات التربوية التي تنطبق على العديد من الطلبة من ذوي الإعاقات قليلة الحدوث، والمتعددة، والشديدة؟

[illegible]

الاعتقاد الخاطئ: يُظهر الأشخاص من ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة مشكلات شديدة للغاية تجعل أفضل ما يطمحون له هو العمل في الورش المحمية.

الاعتقاد الصحيح: مع التدريس المكثف والشامل، يتمكن العديد من الأشخاص من ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة في وقتنا الحالي من العمل في بيئات العمل المدموجة.

الاعتقاد الخاطئ: يُعاني الأشخاص من ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة من مشكلات شديدة للغاية تجعل أفضل ما يطمحون له هو العيش تحت مراقبة لصيقة في مؤسسات الإقامة الدائمة الضخمة.

الاعتقاد الصحيح: مع التدريس المكثف والشامل، يتمكن العديد من الأشخاص من ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة في وقتنا الحالي من العيش على نحو مستقل أو شبه مستقل وحدهم أو في وحدات الإقامة المجتمعية الصغيرة Small Residential Facility (CRF).

الاعتقاد الخاطئ: يُتوقع من الشخص الذي يعاني من إصابات الدماغ الصادمة Traumatic Brain Injuries (TBI) أن يتعافى على نحو كامل-بمرور الوقت-و أن يتصرف كما لو أنه لا يعاني من إعاقة.

الاعتقاد الصحيح: من الممكن أن يتعافى بعض الأشخاص من ذوي TBI على نحو كامل، ولكن العديد منهم ليسوا كذلك. عادةً ما يكون لدى الأشخاص من ذوي TBI إعاقة طويلة الأمد والتي يمكن التعويض عنها بطرق عديدة، ولكن هذه الإعاقات لا تختفي تلقائياً على نحو كامل، حتى بوجود أفضل طرق العلاج والتأهيل.

الاعتقاد الخاطئ: بالنسبة للطلبة المصابين بمتلازمة Usher والذين سوف يتدهور بصرهم بمرور الوقت، من الأفضل عدم تدريبهم على طريقة بريل وعلى العصا البيضاء الطويلة بينما مازال نظرهم جيد نسبياً لأن ذلك سيكون له وصمة اجتماعية سلبية عليهم.

الاعتقاد الصحيح: لا يجب الانتظار للتدريب على طريقة بريل وعلى التوجيه والحركة حتى مراحل متأخرة من الفقدان البصري. إن البدء مبكراً بتعليم هذه المهارات المعقدة دائماً ما يكون أكثر منفعة من أي وصمة اجتماعية سلبية يمكن أن تحدث.

الاعتقاد الخاطئ: الأشخاص الذي لا يستطيعون الكلام لديهم صعوبة بالغة في جعل أنفسهم مفهومين لدى الأشخاص الآخرين.

الاعتقاد الصحيح: باستخدام أنظمة التواصل المُعزِّزة أو البديلة المناسبة Augmentative or Alternative Communication (AAC)، يمكن للأفراد الذين لا يستطيعون الكلام أن ينخرطوا في محادثة طبيعية، أحياناً ما تكون قريبة من معدلات أولئك الذين يتكلمون ولا يعانون من أي إعاقة. تتزايد مرونة، وسرعة، ومدى فائدة أنظمة تواصل AAC على نحو مضطرد باستخدام الوسائل التكنولوجية، كما أنها تسمح عادةً في وقتنا الحالي للمستخدم بأن يقترب من التبادل اللفظي الطبيعي بين المتكلمين.

الاعتقاد الخاطئ: إن الطريقة الوحيدة الفاعلة حقيقة في السيطرة على السلوكات الغير مرغوب فيها لدى الأشخاص من ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة هي باستخدام العقاب.

الاعتقاد الصحيح: يجد كلٌ من القياس الوظيفي للسلوك والدعم السلوكي الإيجابي المزيد والمزيد من الطرق في إحلال السلوكات المرغوب فيها مكان السلوكات غير المرغوب فيها من غير الحاجة إلى استخدام العقاب. عادةً، يكون المفتاح هو في إيجاد ما يحاول الشخص من ذوي الإعاقة المتعددة والشديدة توصيله ومساعدتهم في إيجاد طريقة أكثر فاعلية وأثراً في التواصل مع الأشخاص الآخرين.

الاعتقاد الخاطئ: طريقة بريل هي طريقة فقط للأشخاص الفاقدين البصر كلياً.

الاعتقاد الصحيح: من المفيد تعليم طريقة بريل لفئتين من الناس والذين هم غير فاقدين البصر كلياً: (1) أولئك الذين لديهم قصور بصري شديد إلى الدرجة التي لا يستطيعون فيها قراءة اللغة المكتوبة على نحو صحيح، و(2) أولئك الذين سوف تسوء أحوالهم بمرور الوقت إلى الدرجة التي تصبح طريقة بريل هي الخيار الوحيد لديهم.

إن تعريف الإعاقات قليلة الحدوث، والمتعددة، والشديدة، مثلها مثل حال غيرها من تصنيفات الإعاقة، قضية خلافية. الإعاقات التي تكون قليلة الحدوث، أو تلك المتعددة، أو الشديدة، هي إعاقات محيرة على وجه الخصوص. وقد يكون من الصعب على نحو خاص فهم أسباب ومعنى مثل هذه الإعاقات، وسير حياة الأشخاص المصابين بها.

التعريف ونسبته الانتشار Defintion and Prevalence:

تستخدم منظمة TASH (كانت تسمى أصلاً منظمة الأشخاص من ذوي الإعاقات الشديدة As-sociation for Persons with Severe Handicaps) التعريف الآتي للإعاقات الشديدة:

الأشخاص المعاقون من مختلف الأعمار، والأعراق، والمذاهب، والجنسيات، والجنس، والاتجاه الجنسي الذين يتطلبون مساعدة مستمرة في أكثر من نشاط من أنشطة الحياة اليومية الأساسية من أجل المشاركة في مجتمع الدمج والتمتع بنوعية حياة مشابهة لتلك المتوافرة لجميع المواطنين. قد يكون هناك حاجة للدعم لنشاطات الحياة اليومية مثل التنقل، والتواصل، والعناية بالذات، والتعلم حيث إنها ضرورية من أجل أن يحيا الفرد في المجتمع، ويحصل على عمل، ويحقق الكفاية الذاتية. (Snell & Brown, 2006, pp. 69-70)

عادة ما يعاني المعاقون بإعاقات شديدة في أي جانب من أكثر من إعاقة في الوقت نفسه. أضف إلى ذلك، إن ترافق أكثر من إعاقة بسيطة يمكن أن يؤدي إلى مشكلات تعليمية شديدة (Kauffman, 2008). وكما لاحظنا في القانون IDEA لعام 2004: "تشير الإعاقات المتعددة إلى تصاحب في جوانب العجز... إن هذا الترافق الذي يتسبب في مثل هذه المشكلات التعلميّة الشديدة والتي لا يمكن أن نعمل على تكييفها في برامج التربية الخاصة على نحو حصري لواحدة من الإعاقات" (34 CFR, Sec. 300 (b)(6)). كما أن القانون IDEA ينص أيضاً على:

يشير المصطلح "الأطفال من ذوي الإعاقات الشديدة" إلى الأطفال المعاقين الذين–بسبب شدة مشكلاتهم الجسدية، أو العقلية، أو الانفعالية–يحتاجون إلى تعليم خاص على نحو عالٍ جداً،

وإلى خدمات اجتماعية، ونفسية، وطبية على نحو خاص جداً من أجل الوصول إلى أقصى ما تسمح به قدراتهم في المشاركة الفاعلة والمفيدة في مجتمعهم ومن أجل تحقيق الرغبات الذاتية. يتضمن المصطلح هؤلاء الأطفال من ذوي الاضطرابات الانفعالية الشديدة (بما فيها الفصام)، والتوحد، والإعاقة العقلية الشديدة أو الشديدة جداً، وأولئك ممن يُشخصون بإعاقتين جديتين أو أكثر، مثل الإعاقة السمعية-البصرية، والإعاقة العقلية-البصرية، والشلل الدماغي والإعاقة البصرية.

من الممكن أن يختبر الطلبة من ذوي الإعاقات الشديدة الحرمان الشديد في الكلام، واللغة، و/أو الجانب المعرفي-الإدراكي؛ ويُظهرون سلوكات شاذة مثل الفشل في الاستجابة للمثيرات الاجتماعية المنطوقة، والاستثارة الذاتية، وإيذاء الذات، وإظهار نوبات الغضب الحادة والتي تستمر لفترات طويلة، وغياب أشكال الضبط اللغوي الأساسية، وكما يمكن أن يكون لدى الفرد ظروف جسدية هشة وحادة. (34 CFR, Sec. 315.4(b))

عادةً ما ترتبط مصطلحات الإعاقات قليلة الحدوث، والشديدة، والمتعددة ببعضها. فهي تحدث فقط في نسبة منخفضة من حالات الإعاقة نسبياً (Kauffman, 2008). أضف إلى ذلك، أن أي إعاقة قليلة الحدوث وشديدة سوف تتضمن دعماً مكثفاً ومستمراً في أكثر من نشاط رئيس من نشاطات الحياة اليومية. بمعنى أن الإعاقات قليلة الحدوث، والشديدة، والمتعددة تميل إلى أن تسير جنباً إلى جنب. حيث إن جميع الإعاقات قليلة الحدوث، والشديدة، والمتعددة التي سنناقش في هذا الفصل ربما تؤثر في ما نسبته أقل من 1% من أفراد المجتمع.

في هذا الفصل-واضعين هذه الحقائق في الحسبان-سوف نناقش أولاً تصنيفات ومشكلات إصابات الدماغ الصادمة والإعاقة السمعية-البصرية. ومن ثم سنناقش قضايا تنطبق على جميع تصنيفات الإعاقات قليلة الحدوث، والمتعددة، والشديدة: وسائل التواصل البديلة والمساندة Augmentative And Alternative Communication، والمشكلات السلوكية، والتدخل المبكر، والانتقال إلى مرحلة الرشد.

لقد تحدثنا عن الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جداً في الفصل 2، وناقشنا اضطرابات مجموعة التوحد في الفصل 6. ولكن الكثير مما سنناقشه في هذا الفصل ينطبق على بعض الأشخاص التوحديين وأولئك من ذوي الإعاقة العقلية الشديدة أو الشديدة جداً كذلك. ولكن عليك أن تتذكر بأن اضطرابات مجموعة التوحد يمكن أن تتدرج من البسيطة إلى الشديدة، كما هو الحال في جميع تصنيفات الإعاقات الأخرى.

إصابات الدماغ الصادمة Traumatic Brain Injury:

منذ العام 1995، عندما أصبحت إصابات الدماغ الصادمة **Traumatic Brain Injury (TBI)** تصنيفاً معترفاً به في القانون IDEA، صار من الممكن أن يكون الطلبة من ذوي TBI مؤهلين للحصول على خدمات التربية الخاصة والخدمات الأخرى ذات العلاقة. وهناك فهم أكثر بكثير في وقتنا الحالي لطبيعة TBI والاحتياجات التربوية لهؤلاء الطلبة من ذوي TBI (مثلاً، ابحث على الانترنت

مستخدماً المصطلح "إصابات الدماغ الصادمة" أو traumatic brain injury أو TBI، أو اذهب إلى (www.ninds.nih.gov/disorders/tbi/tbi.htm). وبعكس الشلل الدماغي cerebral palsy، فإن حالة TBI هي تلف في الدماغ نتيجة صدمة تحدث بعد فترة من التطور العصبي الطبيعي. وكما تقترح الأسئلة المفتاحية في بداية هذا الفصل، فإن TBI هي خبرة تغير الحياة بمجملها. حيث أنها تُمثّل مشكلة تعليمية فريدة عادة ما تُفهم على نحو ضعيف ويتم التعامل معها على نحو خاطئ. عملت التطورات الطبية الأخيرة على تحسين التشخيص والعلاج على نحو كبير.

تاريخياً، شجعت عودة الجنود المصابين من الحروب إلى الحياة المدنية على التعرف وعلاج الإعاقات. ولكون TBI أحد أكثر الإصابات شيوعاً في حروب العراق وأفغانستان، فمن الممكن أن يصبح المجتمع أكثر وعياً بمتطلبات العلاج الأفضل لهؤلاء من ذوي TBI.

التعريف والخصائص Definition and Characteristics:

تحدد التعريفات الأكثر قبولاً للـTBI الآتية في تعريفاتها:

1. هناك إصابة للدماغ يتسبب بها مصدر خارجي.
2. الإصابة لا يتسبب بها أي ظرف خلقي أو ناجمة عن الانتكاسات النمائية.
3. هناك انحلال أو تبدل في الحالة الواعية للفرد.
4. ينجم عن الإصابة خلل وظيفي عصبي أو سلوكي-عصبي.

تعرض Justin Greenwood إلى إصابة صادمة في دماغه أثناء مباراة كرة قدم أمريكية. وفي هذه الصورة يعمل Justin على تدريب ذاكرته قصيرة المدى في إحدى جلسات العلاج

كما إن معظم التعريفات تحدد أن الإصابة يتبعها عجز في القدرات اللازمة للتعلم المدرسي ووظائف الحياة اليومية.

يمكن أن تنتج TBI عن نوعين الإصابات: المفتوحة والمغلقة. إصابات الدماغ المفتوحة Open Head Injuries تتضمن جروح الدماغ النافذة، مثل تلك الناجمة عن السقوط، أو الإصابة بعيار ناري، أو الضرب، أو حوادث السيارات، أو الجراحة. بينما لا يكون الأشخاص من ذوي إصابات الدماغ المغلقة Closed Head Injuries مصابين بأي جروح نافذة/مفتوحة في الدماغ ولكن يمكن أن يكون لديهم تلف دماغي ناتج عن ضغط داخلي، أو التمدد، أو أي حركة قطعية للنسيج العصبي داخل الدماغ. يُصاب الجنود الذين يخدمون في العراق وأفغانستان عادة بالـTBI كنتيجة لانفجار العبوات الناسفة. من الممكن أن يتعرض هؤلاء الجنود لإصابات الدماغ المفتوحة، حيث يعمل شيءٌ ما على النفاذ إلى داخل أدمغتهم أو يزيل شيءٌ ما من

أدمغتهم؛ أو إصابات الدماغ المغلقة، حيث تعمل قوة ارتجاج الانفجار أو نتيجة إلقائهم على شيء صلب بسبب قوة الانفجار الدافعة على إحداث ضرر في أدمغتهم من غير إحداث جرح مفتوح. إن آثار الضرر الواقع على أدمغتهم والأعراض التي تنجم عن هذه الإصابات يمكن أن تكون شديدة في كلا النوعين من الإصابات.

يركز التعريف التربوي لحالة TB Iعلى جوانب العجز في واحدة أو أكثر من الجوانب المهمة للتعلم. ينص التعريف الفدرالي في القانون IDEA على أنها:

إصابة دماغية مكتسبة ناجمة عن قوى فيزيائية خارجية، مما ينجم عنه إعاقة كلية أو جزئية في وظائف حياة الفرد أو عجز نفسي، أو كلاهما، بحيث تؤثر هذه الإصابة سلباً في أداء الطفل الأكاديمي. ينطبق التعريف على إصابات الدماغ المفتوحة والمغلقة التي ينجم عنها عجز في جانب أو أكثر، مثل الجانب المعرفي؛ واللغة؛ والذاكرة؛ والانتباه؛ والاستنتاج؛ والتفكير المجرد؛ وإصدار الأحكام؛ وحل المشكلات؛ أو في القدرات الحسية، والإدراكية، والحركية؛ والسلوك النفسي؛ والوظائف الجسدية؛ ومعالجة المعلومات؛ والكلام. ولا ينطبق التعريف على الإصابات الخلقية أو الحالات الانتكاسية، أو إصابات الدماغ الناجمة عن صدمات الولادة. (34 CFR, Sec. 300.7(6)(12))

تتراوح آثار TBI من البسيطة جداً إلى الشديدة، وعادة ما تكون جزءاً من، أو مصحوبةً بقضايا صحية أخرى (Best, Heller, & Bigge, 2010). عادةً ما تكون الآثار فورية، وهذه الآثار الفورية تميز TBI على نحو منفرد عن معظم الإعاقات الأخرى-الطفل أو المراهق يتغير بين عشية وضحاها-حرفياً تمثل التغييرات المفاجئة صعوبة خاصة بالنسبة للأسر والمعلمين، ناهيك عن الفرد الذي يعاني من الإصابة (Ashley, 2004). إلا أن آثار TBI لا يمكن رؤيتها مباشرة أحياناً بعد التعرض للإصابة ولكنها تظهر بعد أشهر أو سنوات. تتضمن آثار TBI المحتملة قائمة طويلة من المشكلات السلوكية والنفسية من مثل:

- مشكلات في تذكر الأشياء.
- مشكلات في تعلم المعلومات الجديدة.
- مشكلات في الكلام و/أو اللغة.
- صعوبة في تتبع الأشياء.
- صعوبة في معالجة المعلومات (فهم الأمور على نحو منطقي).
- قدرات أو أداء متفاوت على نحو كبير (القدرة على القيام ببعض الأشياء ولكن ليس غيرها).
- تقدم متفاوت على نحو كبير (تقدم كبير في بعض الأوقات، ولا تقدم في أوقات أخرى).
- أخلاق وتصرفات غير مناسبة.
- الفشل في فهم النكتة أو المواقف الاجتماعية.
- يتعب، أو يُحبط، أو يغضب بسهولة.
- مخاوف أو قلق غير مبرر.
- الهيجان.
- تبدل في المزاج على نحو مفاجئ ومبالغ فيه.

- الاكتئاب.
- العدوان.
- الاحتفاظ (الإعادة المثابرة لنفس الفكرة أو السلوك).

أحد أكبر الصعوبات التي تواجهنا في التعامل مع TBI هو أن الشخص عادةً ما يكون "خفي". وهذا صحيح، في بعض الحالات، فقد يكون الشخص المصاب بالـ TBI مشلولاً، أو يظهر كلاماً مدغماً، أو يظهر مؤشرات أخرى على الضرر الدماغي الذي يظهر بسرعة، كما هو الحال في قصة Roland في المنظورات الشخصية المصاحبة لهذا الفصل. ولكن في العديد من الحالات، يبدو الشخص من ذوي TBI مثل أي شخص آخر. الملاحظ العادي للشخص لا يرى أي شيء واضح للعيان، مثل أن يكون الشخص من ذوي TBI على كرسي متحرك أو يسيل لعابه.

نسبة الانتشار Prevalence:

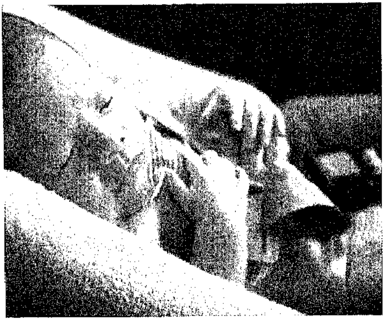
من الصعب تحديد نسبة انتشار TBI على نحو دقيق، ولكننا نعرف إنها تحدث بمعدلات مثيرة للاهتمام بين الأطفال والمراهقين. كما أن الذكور أكثر عرضة للإصابة من الإناث، والمدى العمري الذي من المحتمل جداً أن تحدث فيه لكل من الذكور والإناث هو المراهقة المتأخرة إلى مرحلة الرشد المبكرة. يشير مجلس الأطفال المعاقين (CEC, 2001) إلى TBI على أنها "الوباء الصامت silent epidemic." يُعد المجلس TBI على أنها وباء لكونها في زيادة مضطرة في الانتشار، وهو "صامت" لأن العديد من إصابات الرأس الجدية لا يتم الإبلاغ عنها، ولا يتم التعرف على العديد من حالات TBI أو يتم خلطها بغيرها من الإعاقات على نحو خاطئ. إن نسبة انتشار TBI مقلقة لكون العديد من أسبابها يمكن منعة أو تجنبه على نحو كامل من خلال اتباع إجراءات الوقاية الاعتيادية. أضف إلى ذلك، فلقد ازدادت نسبة انتشار TBI على نحو كبير في السنوات الأخيرة إلى الدرجة التي تُناقش فيها في بعض الأحيان على أنها إعاقة عالية الحدوث (متكررة) عوضاً عن اعتبارها نادرة (غير شائعة) (Grandinette & Best, 2009; Stichter, Conroy, & Kauffman, 2008).

قصة Ronald

Ronald هو الولد ذي 15 ربيعاً من عمره، يعاني من إصابة دماغ صادمة نتيجة لحادث سيارة. كان عمره 13 عاماً عندما حدثت الإصابة، و في صفه السابع. كان قد حصل على أعلى العلامات في صفه كما أنه كان رياضياً جداً. و منذ حدوث هذه الإصابة يمكث Ronald في المستشفى و منشآت التأهيل. يعاني Ronald من إعاقة حقيقية في قدراته الجسدية و المعرفية نتيجة للحالة التي يعاني منها. أضف إلى ذلك أنه يظهر صعوبات في النطق و نقص واضح في التعامل مع لعابه.إن قوته العضلية و تناسق الحركات العضلية تعاني من عجز يتراوح بين المتوسط إلى الشديد، و هو يجلس على كرسي متحرك نتيجة لذلك. تتسبب القصورات الحقيقية في الذاكرة قصيرة المدى في صعوبات تعلم المعلومات الجديدة. كما أنه يعاني من الرأرأة (حركة العينان على نحو لا إرادي) كما أنه معتمد على نحو كامل على الآخرين في حاجة الذهاب إلى الحمام. يتعب بسهولة، و حساس للأصوات العالية، و يُظهر فترات من الاكتئاب من خلال رثائه لذاته، و ينخرط في سلوكات اجتماعية غير مناسبة. تشير نتائج القياس الحالية إلى نسبة ذكاء 88، بوجود تباينات كبيرة في قدراته المختلفة.

المصدر: (Grandinette & Best 2009, p. 137)

الأسباب Causes:



إن نسبة انتشار TBI هي نسبة مُحبطة للغاية لكون العديد من أسبابها يمكن منعها بشكل كلي أو تجنبها من خلال أخذ إجراءات الحيطة الاعتيادية، مثل -ربما- تثبيت الرضع والأطفال في المقاعد الآمنة في السيارات.

بين الأطفال في عمر أقل من 5 سنوات، تسيطر حوادث السقوط على أسباب TBI، مع حوادث المركبات واستغلال الأطفال ودورهما في إحداث الإصابات الجدية بطبيعة الحال. وبعد عمر الخمس سنوات، وبتزايد خلال عمر سنوات المراهقة، تكون حوادث السيارات (بما فيها الحوادث التي تتضمن المشاة، والدراجات الهوائية، والدراجات النارية، والسيارات) المسؤول عن غالبية حالات TBI؛ يزداد شيوع الإعتداءات الجسدية وإطلاق العيارات النارية بين المراهقين في أعمار أكبر. يمكن أن تنجم إصابات الدماغ المغلقة عن العديد من العوامل بالإضافة إلى حوادث السيارات، بما فيها السقوط أو الاستغلال مثل أن يتم هز الطفل على نحو عنيف للغاية من قبل شخص بالغ (Lajiness-O'Neill & Erdodi, 2011).

الاعتبارات التربوية Educational Considerations:

تتباين التضمينات التربوية التي تترتب على الإصابة بأي من إصابات TBI وتعتمد على طبيعة وشدة الإصابة والعمر وقدرات الفرد في وقت الإصابة. من القضايا الأساسية في تعليم الأشخاص الذين تعرضوا لإصابات TBI هو مساعدة أعضاء الأسرة، والمعلمين، والرفاق على الاستجابة على نحو مناسب للتغييرات المفاجئة وأحياناً الدراماتيكية التي يمكن لها أن تحدث في قدرات الطالب الأكاديمية، ومظهره، وسلوكه، وحالته الانفعالية (Lajiness-O'Neill & Erdodi, 2011). يحتاج كلٌ من معلمي التربية الخاصة والعادية إلى تدريب بخصوص TBI وتشعيباتها إذا كان الطالب سيتم دمجه بنجاح في المدارس والغرف الصفية التي كانوا يداومون فيها قبل الإصابة (DePompei & Tyler, 2004; Grandinette & Best, 2009). والخصائص الآتية هي المعالم الأساسية للتعلم المناسب للطلبة من ذوي TBI:

1. الانتقال من المستشفى أو مركز التأهيل إلى المدرسة.
2. منحى تدخلي يرتكز على وجود فريق منخرط بحيث يتضمن معلمي التربية الخاصة والعادية، وغيرهم من اختصاصي التربية الخاصة، ومرشد موجه، وإداري، وأسرة الطالب.
3. برنامج تربوي فردي (IEP) يهتم بالجوانب المعرفية، والاجتماعية/السلوكية، والحسية-الحركية.

4. إجراءات تربوية لمساعدة الطلبة على حل المشكلات في التركيز على البقاء منتبهاً لفترات طويلة، وتذكر ما تم تعلمه في السابق من الحقائق والمهارات، وتعلم الأشياء الجديدة، والتعامل مع الإعياء، والانخراط في السلوكات الاجتماعية المناسبة.
5. التركيز على العمليات المعرفية التي يتم تعلم المهارات الأكاديمية من خلالها، وليس فقط محتوى المنهاج.
6. خطط للتعامل مع الاحتياجات طويلة المدى بالإضافة للأهداف الحالية وأهداف البرنامج التربوي الفردي IEP.

من المهم أن يفهم التربويون تضمينات الإصابات الدماغية اللازمة من أجل بناء بيئة الطالب النفسية والاجتماعية في المدرسة (Best, Heller, Bigge, 2010).

يجب أن يركز المعلم على مساعدة الطالب من ذوي TBI على استعادة قدراته المعرفية لأنها الأكثر أهمية في التقدم الأكاديمي والاجتماعي. إن قدرات الطالب على التذكر وعلى فهم المعلومات الأكاديمية والمواقف الاجتماعية هي مفاتيح نجاح الطالب على المدى البعيد. يجب أن يساعد المعلم الطالب على تعلم استخدام آليات المواءمة والاستراتيجيات البديلة، مثل استخدام أشرطة التسجيل الصوتي، أو المُنظّم planner، أو غيرها من الأدوات التنظيمية ومُساعدات الذاكرة في التعامل مع أي قدرات لا يمكن استعادتها.

تُعد العودة للمدرسة بعد إصابة TBI مشكلة رئيسة -على الأقل إذا ما كانت عواقب الإصابة جدية للغاية- ومن أبرز المشكلات في هذا الصدد ميل الطلبة نحو رؤية أنفسهم على أنهم غير مندمجين، بينما من المحتمل أن يلاحظ المعلمون والرفاق أن الطالب من ذوي TBI ليس كما كان سابقاً. لاحظ (Dell Orto & Power, 2006) أن تركيزنا المجتمعي على الإنتاجية، والتنظيم، والاستقلالية، والتحصيل يمكن أن تساهم في الاتجاهات السلبية نحو الطلبة من ذوي TBI. "القصور في الجوانب الأكاديمية التي يُظهرها الأشخاص الناجين من إصابات TBI تتعارض مع قيم التحصيل، بحيث إنها لا تنتج فقط شعوراً بعدم الراحة لدى المعلمين، بل أنها تتعدى ذلك لتنتج الاحباط وربما إحساساً بالرفض لدى هذا الشخص اليافع" (p. 22). من الواضح أن العديد من المعلمين لا يرغبون بوجود أي طالب من ذوي TBI في غرفهم الصفية، ربما لأن هؤلاء الطلبة يُظهرون خصائص يجدها المعلمون مصدراً للمشكلات (يكفيك أن تنظر فقط للقائمة التي أوردناها سابقاً حول الخصائص المُحتملة التي يمكن أن يظهرها الأشخاص من ذوي TBI). لذلك، تكون عودة الطالب إلى مدرسته بعد TBI قضية رئيسة تتطلب عادةً منحىً تدخلياً يرتكز على الفريق يضم العديد من الاختصاصيين في مختلف التخصصات. كما أن التعاون وحل المشكلات من قبل أعضاء هذا الفريق يُعد أمراً أساسياً للنجاح في إعادة هؤلاء الطلبة للمدرسة والغرف الصفية.

يُعد قياس مهارات الطالب الأكاديمية والاجتماعية بعد TBI أمراً مخادعاً لأنه عادةً ما يكون صعباً أو مستحيلاً أن نتمكن من التفريق بين الأسباب النفسية للصعوبات التي يواجهها الفرد في

المهمات عن غيرها من الأسباب. والأكثر أهمية من معرفة ما هي الصعوبات التي لها أسباب على وجه الدقة هو معرفة فقط ما هي الصعوبات التعلمية الأكاديمية والاجتماعية التي يُظهرها الطالب. هنا-أيضاً-تبرز أهمية منحى الفريق. عادةً ما يتمكن الإختصاصي العصبي من تحديد معلومات حول توابع حالة TBI، والتي تساعد المعلم على وضع توقعات معقولة وتعليم مهارات المواكبة التي تساعد الطالب على التعويض عن القدرات التي لن تعود.

اضطرابات اللغة LANGUAGE DISORDERS: قد يُصاب الطالب من ذوي TBI باضطراب لغوي بعد فترة من النمو الطبيعي أو يُصاب باضطراب لغوي أكثر شدة مما كان عليه بعد الإصابة (أنظر الفصل 7). إن الأفراد من ذوي TBI هم فئة متباينة على نحو كبير، على الرغم من أن نسبة غير متكافئة منهم لديهم تاريخ سابق للإصابة بـ TBI من مشكلات التعلم أو التأخر اللغوي والكلامي.

تُعد اضطرابات اللغة أو الكلام العامل الأكثر تعقيداً لدى معظم الطلبة من ذوي TBI العائدين للمدرسة بعد إصابتهم. إن فقدان القدرة على فهم أو صياغة اللغة نتيجة لإصابة الدماغ يُشار لها أحياناً بالمصطلح الاضطراب اللغوي الحركي Motor Speech Disorder، وهو ما ناقشناه في الفصل 7. قد يواجه الطالب صعوبة في إيجاد أو قول الكلمات أو بناء الجمل المناسبة لموضوع الحديث أو المحتوى الاجتماعي. إن مشكلات من هذا النوع يمكن لها أن تكون مصدراً للإحباط، والغضب، والارتباك للطلبة من ذوي TBI.

ترتبط المشكلات اللغوية التي تترافق مع TBI على نحو أساسي بالمتطلبات المعرفية والاجتماعية للتواصل. فقد يكون لدى الطالب مشكلات في المهمات التي تتطلب الاستجابة بسرعة، والتنظيم، والتعامل مع الأمور المجردة، والبقاء منتبهاً (خاصة إذا ما كان هناك مشتتات)، وتعلم مهارات جديدة، والاستجابة على نحو مناسب في المواقف الاجتماعية، وإظهار العاطفة المناسبة. في الحقيقة، من المحتمل أن تعمل TBI على التشويش على جميع جوانب التبادل في التفاعلات الاجتماعية اللازمة للتواصل الفاعل.

تتباين تأثيرات TBI على نحو كبير على اللغة، والقياس الحذر لقدرات فرد ما وإعاقته يُعد أمراً مهماً على نحو خاص جداً. يمكن أن تتراوح التدخلات بين القيام بتعديلات خاصة، مثل إتاحة وقت أطول للاستجابة أو تقليل المشتتات إلى حدها الأدنى، إلى التركيز على تدريس الاستخدام الاجتماعي للغة.

وبالاعتماد على موقع ودرجة التلف الدماغي، يمكن أن يعاني الشخص من ذوي TBI من مشكلات في السيطرة الحركية التي يمكن لها أن تتداخل مع التواصل، بما فيها الجوانب المعرفية والاجتماعية للتواصل. بعض الطلبة من ذوي TBI غير قادرين على التواصل لفظياً باستخدام عضلات الكلام مما يحتم عليهم الاعتماد على أنظمة التواصل البديلة أو المُعززة، والتي سوف نتحدث عنها لاحقاً في هذا الفصل.

المشكلات الاجتماعية والانفعالية SOCIAL AND EMOTIONAL PROBLEMS: من الممكن أن تصاحب الإصابات الدماغية العديد من الآثار الاجتماعية والانفعالية الجدية. نحن نعرف أن TBI من الممكن أن تتسبب بالعدوان العنيف، والنشاط الزائد، والقهرية، ونقص الانتباه، ومجموعة واسعة من المشكلات السلوكية أو الانفعالية الأخرى، اعتماداً فقط على أي جزء من الدماغ تعرض للتلف. تتضمن آثار TBI المُحتملة قائمة طويلة من المشكلات النفسية الأخرى، بعضها ذكرنا سابقاً على شكل خصائص عامة لهؤلاء الأفراد.

تتحدد آثار TBI الانفعالية والسلوكية عن طريق أكثر من مجرد التلف الفسيولوجي، كما أنها تعتمد-أيضاً-على عمر الطالب وقت الإصابة والبيئة الاجتماعية قبل وبعد الإصابة. إن البيئات المنزلية، أو المجتمعية، أو المدرسية التي تشجع على سوء تصرف أي طفل أو مراهق من المعروف أنها ترتبط مع الزيادة في خطر التعرض لإصابات TBI. مثل هذه البيئات من المحتمل جداً أن تعمل على جعل أي المشكلات سلوكية أو انفعالية ناجمة عن TBI أسوء. إن خلق بيئات مناسبة وداعمة للسلوك المناسب يُعد من أكبر التحديات في التعامل مع تبعات الإصابات الدماغية على نحو فاعل.

تُعد العديد من استراتيجيات **تعديل السلوك** أو **إدارة السلوك العادية** التي تُستخدم مع الطلبة الآخرين من ذوي الصعوبات السلوكية أو الانفعالية مناسبة للاستخدام مع الطلبة الذين يعانون من TBI. وتبرز أهمية خاصة للثبات في الإجراءات السلوكية، والتنبؤ بتبعات السلوك، والتعزيز للسلوكات المناسبة (المديح، والتشجيع، وغيرها من المكافئات) في طريقة التعامل مع سلوكات الطالب (Persel & Persel, 2004)، كما هو الحال في بناء علاقة اتصال مع الطالب. قد يكون بناء علاقة شخصية جيدة مع الطالب من ذوي TBI تحدياً بحد ذاته، حيث إن مثل هذا الطالب قد يكون من الصعب التنبؤ بتصرفاته، وسريع الغضب، وغاضباً في تعامله مع الأشخاص الذين يحاولون تقديم المساعدة له (أنظر Kauffman, Pullen, Mostert, & Trent, 2011).

عادة ما تعمل TBI على تشتيت إحساس الفرد بذاته. من الممكن أن تتطلب استعادة الفرد لهويته الذاتية فترة طويلة من التأهيل كما أنها قد تكون عملية مضنية تتطلب جهود فريق متعدد التخصصات (Best et al., 2010; Grandinette & Best, 2009). عادةً ما يتطلب التعليم والعلاج الفاعل ليس فقط إدارة السلوك الصفي، بل أيضاً العلاج الأسري، والطبي، والتدريب المعرفي، والتدريب على مهارات التواصل.

الإعاقة السمعية - البصرية Deaf-Blindness:

لاحظنا في الفصول 8 و9 أنه، وبالاعتماد على مستوى شدة الإعاقة، يمكن أن يكون للإعاقة السمعية أو البصرية تأثيرٌ حقيقي على قدرة الفرد على القيام بوظائفه على نحو مستقل. وبالنسبة لهؤلاء الأشخاص ممن هم معاقون سمعياً وبصرياً في آن واحد، يمكن أن يكون الأثر أكثر شدة إذا ما أضفنا آثار كل إعاقة بكل بساطة. فبسبب كون جوانب إستقبال المعلومات الأساسية-السمع والبصر-محدودة، يكون الأشخاص المعاقين سمعياً وبصرياً معرضين لخطر التعرض لمشكلات واسعة في التواصل والتنقل في بيئاتهم.

وعلى الرغم من أن انقطاع السمع والبصر عن مثيرات الحياة اليومية يجعل الإعاقة السمعية – البصرية أحد أكثر الإعاقات تحدياً من بين جميع الإعاقات المتعددة، إلا أنه لا يعني بأن هؤلاء الأشخاص محكوم عليهم بنوعية حياة متدنية. على نحو عام، تعتمد مخرجات الأشخاص من ذوي الإعاقة السمعية البصرية على ثلاثة عوامل على الأقل:

1. نوعية وكثافة التدريس الذي يتلقاه الشخص هو أمر حاسم. يجب على معلمي هؤلاء الطلبة أن يصنعوا الأفضل من كل فرصة للتعلم. "يجب تسخير جميع التفاعلات مع البالغين وجميع جوانب البيئة في مساعدة الطفل على التغلب على القيود التي تفرضها الإعاقات الحسية" (Hodges, 2000, p. 167).
2. درجة ونوع الإعاقة البصرية والإعاقة السمعية يمكن أن يتباين على نحو كبير لدى الأشخاص من ذوي الإعاقة السمعية–البصرية. يغطي المصطلح إعاقة سمعية–بصرية أولئك من ذوي الإعاقة البصرية التي تتراوح بين تدني القدرة البصرية (20/70 إلى 20/200 في العين الأفضل مع التصحيح) إلى العمى الكلي. وبالمثل، يغطي المصطلح أولئك من ذوي الإعاقة السمعية والذي يتراوح بين البسيط إلى الشديد. وعلى الرغم من بعض الاستثناءات الملحوظة، فبزيادة درجة العجز، يزداد الأثر في قدرة الفرد على التكيف على نحو عام.
3. الغالبية العظمى من الطلبة من ذوي الإعاقة السمعية–البصرية لديهم إعاقات أخرى وحالات طبية أخرى. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يكونوا معاقين عقلياً أيضاً، أو توحديين و/أو معاقين حركياً.

التعاون والتعلم المساعد للطلبة من ذوي الإعاقات قليلة الحدوث، والمتعددة، والشديدة

"من الممكن أن يكون لدينا أهدافاً مختلفة للطلبة. كيف يمكن حل هذه المشكلة؟"

ماذا يعني أن تكون معلماً للطلبة من ذوي هذه الإعاقات؟

لم يقدم مجلس الأطفال المعاقين (CEC) أية مجموعة من المعايير المحددة خاصة بتدريب المعلمين الذين يعملون مع الطلبة من ذوي الإعاقات النادرة، والمتعددة، والشديدة. عوضاً عن ذلك، قدم المجلس مجموعة من المعايير للمعلمين الذي يعملون مع الطلبة الذين يحتاجون إلى منهاج فردي ومستقل. حيث تنص المعايير على أن المعلم المتمرس في هذا المجال يجب عليه أن يكون:

1. قادراً على التعرف على أثر قدرات المُتعلم الأكاديمية والاجتماعية، واتجاهاته، واهتماماته، وقيمه على التدريس والتطور المهني.
2. قادراً على استخدام إجراءات التكييف والتكنولوجيا المساعدة المناسبتين.
3. التعرف على البناء الأساسي والعلاقات في داخل وخارج المناهج وتدريسهما.

استراتيجيات ناجحة للتعاون بين الأخصائيين

عادةً ما يتطلب الطلبة من ذوي الإعاقات الشديدة مجموعة واسعة من الخدمات في المدارس. يجب أن يتعاون العديد من المهنيين، بمن فيهم المعلمون، والممرضون، ومساعدو التعليم، وغيرهم الكثير في توفير هذه الخدمات. وبوجود عدد كبير من المنخرطين في تعليم الطالب، من المحتمل أن تظهر المشكلات، ويجب أن يكون كلٌّ منهم مستعداً للانخراط في التعاون على حل المشكلات.

يجب أن يطور الشركاء في مواقف التعاون خططاً للتعامل مع المشكلات قبل ظهورها. من الممكن أن تكون المشكلات مرتبطة باستجابات الطالب للمواقف والأشخاص، ولبيئته، وللاختلافات في أهداف المهنيين المختلفة، وللتباينات في فلسفة المهنيين، وغيرها. وعلى الرغم من احتمالية اختلاف الأسباب، إلا أن نفس الإجراءات يمكن استخدامها للتعامل مع كل منها. يصف Mostert (1998) الخطوات الآتية من أجل حل فاعل للمشكلات:

1. هل هناك مشكلة بحاجة لحل؟ هذه الخطوة تتضمن انعكاساً على الأسئلة: هل يوجد عندنا مشكلة هنا؟ من هو صاحب المشكلة؟ هل المشكلة قابلة للحل؟

2. ما هي المشكلة؟ بعد التعرف على المشكلة، يقوم المشاركون بتعريفها على نحو محدد، وبمصطلحات موضوعية. فجمل مثل "أن لا أحب هذا الاتجاه" يجب مراجعتها ومن أجل وصف الموقف على نحو محدد، "يقوم John بإطلاق تعليقات غير مناسبة على زملائه عندما أطلب منه الإجابة على سؤال ما في الصف." بعد تعريف المشكلة، يقوم الشركاء بجمع البيانات عن تكرار، ومدة، وشدة المشكلة في مختلف البيئات.

3. كيف يمكن حل المشكلة؟ يقوم جميع المشاركون بتقديم مقترحاتهم لحل المشكلة. وهذه هي خطوة العصف الذهني، لذلك يجب أن يتم الترحاب بأية مقترحات من غير تحفظ.

4. ما هو الحل الأفضل، أو ما هي توليفة الحلول الأفضل؟ يجب أن يقوم الأشخاص المشاركون بمناقشة الحلول المقدمة وتقييمها من غير أي تأثير انفعالي. يجب أن يتم الحكم على التدخلات المقدمة للطلبة فيما إذا كانت قد حصلت على دليل سابق على نجاحها (من البحوث، وليس من القصص والروايات)، وما إذا كان هناك مصادر ودعم مناسبين، وما إذا كان المشاركون قادرين/سيقومون بتطبيقها على نحو كامل، وما إذا كان التدخل مناسب حقيقةً للطالب. يجب التخلي عن أي حلول لا تتماشى مع هذه المعايير.

5. أي حل يجب أن يتم اختياره؟ بعد تقييم جميع الحلول، يختار الشركاء أحدها لتنفيذه.

6. كيف سنقوم بتنفيذ الحل؟ هذه الخطوة تتطلب تحديد المسؤوليات التي يضطلع فيها كل طرف في تنفيذ الحل. وهذا يعني التحديد الدقيق لما يسعى الفريق لتحقيقه، وتحديد الكيفية التي سنعرف فيها أن الحل قد نجح، وتحديد موعد من أجل الاجتماع والتشارك في المعلومات.

7. هل نجح الحل؟ تتطلب هذه الخطوة جمع البيانات أيضاً. يجب أن يكون الشركاء قادرين على تقديم المعلومات حول ما إذا كان الحل قد حقق أهدافه. وإذا لم يكن كذلك، فإنه الوقت المناسب للبدء في العملية مرة أخرى. وإذا حقق الحل أهدافه، فيمكن للفريق عندها الانتقال إلى مشكلة أخرى!

يتطلب حل المشكلات التي تحصل مع المهنيين الآخرين أن يطور المشاركون بيئة تتصف بالتواصل المفتوح، تتغلب على العقبات من خلال استخدام مهارات التواصل الفاعل. وبحسب Walther-Thomas، وKorinek، وMcLaughlin، وWilliams فإن هذه المهارات تتضمن:

1. الاستماع: الانتباه للمتحدث، وإعادة صياغة المحتوى بطريقة لفظية، وعكس المشاعر، والتلخيص.

2. الإعادة: إرسال نفس الرسالة للشركاء على نحو متكرر باستخدام قنوات مختلفة.

3. التعاطف: التنبؤ بالكيفية التي سوف يستجيب فيها الشركاء لرسالة تقوم أنت بإرسالها.

4. الفهم: تأكد من أن اللغة التي تستخدمها واضحة ومحددة.

عند التعاون مع المهنيين الآخرين، وحتى مع الطلبة أنفسهم، فمن المستحيل تجنب المشكلات. ولكن لتجنب الصراعات، يجب أن يقوم الشركاء بنقاش ووضع استراتيجيات حل المشكلات قبل حدوث مثل هذه المشكلات. سوف تساعد استراتيجيات حل المشكلات، جنباً إلى جنب مع مهارات التواصل الفاعلة، الشركاء المتعاونون في توفير الخدمات المستمرة والمناسبة للطلبة.

كتبت بواسطة: Margaret P. Weiss

التعريف Definiton:

كما ناقشنا في الفصول 8 و9، هناك اختلاف كبير حول تعريف الإعاقتين السمعية والبصرية. وكما هو متوقع، فإن هذا يعني بأن تعريف الإعاقة السمعية-البصرية هو أمر أكثر خلافيةً من تعريف الإعاقة السمعية أو الإعاقة البصرية كلٌ على حده. يصف القانون الفدرالي IDEA'04 (IDEA 2004) الفرد المعاق سمعياً-بصرياً على أنه:

(1) (i) فرد حدة الإبصار المركزية لديه 20/200 أو أقل في العين الأفضل بعد استخدام العدسات التصحيحية، أو ضعف واضح في المجال البصري بحيث يضم القطر المحيطي للمجال البصري زاوية مسافة ليس بأكثر من 20 درجة، أو فقدان بصري تدريجي متقدماً نحو واحدة أو كلا الحالتين الآتيين:

(ii) الشخص الذي لديه عجز سمعي مزمن بدرجة شديدة جداً إلى الدرجة التي يصعب عليه فيها الفهم مع التضخيم الأقصى للصوت، أو فقدان سمعي تدريجي يتقدم نحو هذه الحالة، و

(iii) بالنسبة للأشخاص من ذوي ترافق جانبي العجز الموصوفين في الفقرة (1) (i) و(ii) من هذا التعريف، يتسبب هذا الترافق في صعوبة بالغة في الوصول إلى الاستقلالية في نشاطات الحياة اليومية، أو تحقيق التكيف النفسي، أو الحصول على عمل؛

(2) بغض النظر عن كون عدم القدرة يجب أن تُقاس على نحو دقيق من أجل الفقدان السمعي والبصري وهذا قد يكون القيود المعرفية أو السلوكية، أو كلاهما، يمكن أن يتم تحديد إعاقات الشخص السمعية والبصرية الشديدة عن طريق القياسات الوظيفية والأدائية، وهذه الإعاقات ينجم عنها صعوبة بالغة في تحقيق الاستقلالية في نشاطات الحياة اليومية، أو الحصول على مستقبل مهني؛

(3) الشخص الذي يحقق أي متطلبات أخرى يصفها الوزير (وزير التربية الأمريكي).

(34 CFR, Sec. 396.4 (c))

نسبة الانتشار Prevalence:

لأن تعريف ومعايير الإعاقة السمعية-البصرية يتباين من ولاية إلى أخرى، ولأن العديد من الطلبة من ذوي الإعاقة السمعية-البصرية يعانون أيضاً من إعاقات أخرى، فإن الحصول على نسبة انتشار دقيقة صعب للغاية. نحن نعرف أنها حالة نادرة للغاية أكثر ندرةً من الإعاقة السمعية أو البصرية وحدهما. فعلى سبيل المثال، تشير تقارير الحكومة الفدرالية إلى أن الطلبة الذين يحصلون على خدمات التربية الخاصة في 2007 على أنهم معاقون سمعياً وبصرياً كانوا 529 طالباً في الأعمار ما بين 6 إلى 11 عاماً، مقارنة بحوالي 32,000 معاقون سمعياً و12,000 معاقون بصرياً (National Data Accountability Center, 2010).

الأسباب Causes:

يمكن وضع أسباب الإعاقة السمعية-البصرية في مجموعات تتكون من ثلاثة تصنيفات واسعة: (1) المتلازمات الجينية/الكروموسومية، و(2) ظروف ما قبل الولادة، و(3) ظروف ما بعد الولادة.

المتلازمات الجينية/الكروموسومية GENETIC/CHROMOSOMAL SYNDROMES يُحرز الباحثون خطوات متعددة في اكتشاف المتلازمات الجينية/الكروموسومية المنخرطة في الإعاقة السمعية-البصرية. بعض هذه المتلازمات موروثة، والبعض الآخر ناجمة عن تلف جيني و/أو كروموسومي. من المعروف الآن أن هناك العشرات من المتلازمات الجينية/الكروموسومية تترافق مع هذا النوع من الإعاقات. من أكثر هذه المتلازمات شيوعاً متلازمات CHARGE syndrome، وUsher syndrome، وDown syndrome.

CHARGE Syndrome متلازمة تتصف بعدد من الصفات الجسدية الشاذة التي تظهر منذ الولادة. تشير الأحرف الأولى من الكلمة CHARGE إلى الخصائص الأكثر شيوعاً في هذه المتلازمة: C= coloboma قصور أنسجة العين، الأعصاب القحفية cranial nerves؛ H= heart defects عيوب في القلب؛ A= atresia of the choanae رتق عظمة قُمع الأنف؛ R= retardation إعاقة في النمو والتطور العقلي؛ G=genital abnormalities شذوذ في نمو الأعضاء التناسلية؛ E= ear malformation تشوه في الأذن و/أو فقدان سمعي. هناك دليل قوي الآن يشير إلى أن معظم حالات CHARGE تتسبب عن تغير في جين واحد معين (CHD7) (Zentner, Layman, Martin, & Scacheri, 2010).

قصور أنسجة العين Coloboma: تشير إلى حالة يولد فيها الطفل بتشوهات في البؤبؤ و/أو تشوهات في الشبكية أو العصب البصري. يمكن أن ينجم عن هذه الحالة العديد من المشكلات البصرية، بما فيها عيوب في الحدة البصرية والحساسية المفرطة للضوء. الأعصاب القحفية تعمل على تزويد المعلومات بين الدماغ والعضلات والغدد المختلفة في الجسم. عادة ما يكون لدى

الأشخاص المصابين بمتلازمة CHARGE شلل أو ضعف في عضلات الوجه، ومشكلات في البلع كذلك بسبب النمو الشاذ لبعض الأعصاب القحفية.

الرتق atresia هو غياب أو إغلاق الأجزاء المفتوحة من الجسم التي تظهر منذ الولادة. عظمة قُمع الأنف choanae هي طريق الهواء من الأنف إلى الحلق. وعندما يكون هناك انسداد أو تضيّق في القُمع، تتأثر قدرة الفرد على التنفس. من الممكن أن تساعد الجراحة على مشكلات التنفس هذه.

متلازمة Usher هي حالة موروثة تتصف بالعجز السمعي والتهاب الشبكية الصباغي. وكما أشرنا في الفصل 9، فإن التهاب الشبكية الصباغي يمكن أن ينجم عنه مشكلات بصرية تبدأ منذ مرحلة الرضاعة، أو الطفولة المبكرة، أو سنوات المراهقة بحيث تزداد الحالة سوءً مع تقدم الأيام على نحو تدريجي، حيث ينجم عنها تضييق في المجال البصري، والذي عادة ما يُشار له باسم الرؤية النفقية tunnel vision.

هناك ثلاثة أنواع من متلازمة Usher والتي تتباين بناءً على نوع ووقت حدوث الأعراض الرئيسة من فقدان السمع، وفقدان البصر، ومشكلات التوازن والتآزر. فعلى سبيل المثال، اعتماداً على نوع متلازمة Usher، يمكن أن يولد الشخص معاقاً سمعياً على نحو شديد، أو صعوبة في السمع، أو بسمع طبيعي يتلاشى بمرور الوقت. البعض من هؤلاء الأشخاص يصاب بالعمى الليلي منذ الرضاعة؛ بينما البعض الآخر يعانون من العمى الليلي بدأً من سنوات المراهقة. يعاني البعض من هؤلاء المصابون من مشكلات شديدة في التوازن بسبب مشكلات في الأذن الداخلية بدأً من مرحلة الرضاعة؛ والبعض الآخر لا يعاني من أي مشكلات في التوازن؛ والبعض الآخر يولد بتوازن طبيعي ولكن هذه القدرة تضمحل بمرور الوقت.

وحتى الآن، وجدت البحوث أن أي مشكلات في تحول أي واحد من (11) جين يمكن أن ينجم عنها متلازمة Usher (National Institution of Deafness and Other Communication Disorders, 2010). وعلى الرغم من كون هذه المتلازمة واحدة من أكثر الحالات الوراثية شيوعاً التي تتسبب بالإعاقة السمعية-البصرية، إلا أن نسبة انتشارها على نحو عام منخفض للغاية. تقترح التقديرات أن حوالي 16,000 شخص في الولايات المتحدة يعانون من متلازمة Usher (Wrong Diagnosis, 2010). تشير الدراسات الجينية لمتلازمة Usher إلى نمط ديموغرافي مثير للاهتمام (أنظر في الجزء المرافق المعنون باسم "التركيز على المفاهيم").

متلازمة Down عادةً ما يُنظر لها على أنها سبب من أسباب الإعاقة العقلية (أنظر الفصل 2)، ولكن من الممكن-أيضاً-أن تترافق متلازمة Down مع الإعاقة السمعية-البصرية. وبعكس متلازمة Usher-وهي ناجمة عن الوراثة-تنجم متلازمة Down عن تلف في البنية الكروموسومية.

ظروف ما قبل الولادة PRENATAL CONDITIONS: كما هو الحال في حالة متلازمة Down، فهناك نوعان يُعتبران من أكثر الظروف شيوعاً التي تحدث قبل الولادة -الحصبة الألمانية **rubella**، والفيروس المضخم للخلايا الخلقي **congenital cytomegalovirus (CMV)**- يمكن أن تتسبب

بالإعاقة العقلية و/أو الإعاقة السمعية-البصرية. عندما تحدث تصاب الأم الحامل بالحصبة الألمانية، خاصة في الأشهر الثلاثة الأولى، يمكن أن تؤدي إلى العديد من الإعاقات، بما فيها الإعاقة السمعية-البصرية. الأطفال الذين يولدون بحالة CMV، وهو فيروس الزهري (من الأمراض التي تنتقل جنسياً)، هم-أيضاً- عرضة لخطر الإصابة بالعديد من الإعاقات، بما فيها الإعاقة السمعية-البصرية.

ظروف ما بعد الولادة POSTNATAL CONDITIONS: من بين أكثر الحالات شيوعاً التي تحدث والتي يمكن أن ينجم عنها الإعاقة السمعية-البصرية هي التهاب السحايا meningitis وTBI. وكما تعلمنا في الفصل 2، فإن التهاب السحايا، وهي عدوى تصيب غشاء السحايا الذي يغطي الدماغ، يمكن أن تتسبب بالإعاقة العقلية أيضاً. يمكن أن تتسبب TBI، كما ناقشنا سابقاً في هذا الفصل، في العديد من الإعاقات الأخرى، كما هو بالنسبة للإعاقة السمعية-البصرية بطبيعة الحال.

FOCUS ON CONCEPTS التركيز على المفاهيم

الخصائص الجينية لمتلازمة Usher وتوزيعها الديموغرافي

The Geneetics of Usher Syndrome And Its Geographic Distribution

يحمل شخص واحد من بين كل 75 شخص جين Usher، لكن معظمهم لا يدركون أنهم يحملون هذا الجين. متلازمة Usher هي اضطراب متنح، بمعنى أن كلا الوالدين يجب أن يحمل الجين الذي يتسبب بالمتلازمة حتى تظهر المتلازمة لدى الطفل. وفي كل حمل مشابه، هناك احتمالية الربع (واحد من أربعة) في أن يصاب الطفل بمتلازمة Usher. لذلك، فإن احتمالية أن يولد طفل بهذه المتلازمة هي احتمالية نادرة للغاية حتى بين الوالدين اللذان يحملان الجين، وهذا ما يجعل انتشار متلازمة Usher منخفض للغاية. ولكن تتزايد احتمالية ولادة طفل بهذه المتلازمة على نحو كبير بين الوالدين الذين يرتبطان بعلاقة دم فيما بينها.

بغض النظر عن التاريخ الأسري، يُعتقد أن كل منا يحمل، من غير أن نعرف، خمسة أو أكثر من الجينات المتنحية التي من الممكن أن تؤدي لاضطرابات جينية في الجيل التالي. إلا أن احتمالية إنتاج طفل مصاب باضطراب متنح منخفض لأن معظم الأزواج من غير ذوي قربى الدم ولا يحملون نفس الجين المتنحي نفسه. وفي المقابل، ولأن أعضاء أسرة الفرد نفسه أو أسرته الممتدة يتشاركون في التركيبة الوراثية نفسها، يصبح من السهل على الجينين المتنحيين الالتقاء لإحداث اضطراب معين. لذلك، يكون الأطفال الذين ينجمون عن آباء من ذوي قربى الدم على خطر أعلى من المعدل العادي من التأثر بالاضطرابات المتنحية. وفي بعض الثقافات التي يكون فيها الزواج بين القربى هو المعيار أو التي يفضل العديد من الأشخاص اختيار شريك زواج من نفس الصفات الوراثية (مثل، الزواج بين شخصين من ذوي الإعاقة السمعية)، تحدث الحالات المتنحية على نحو أكثر شيوعاً من ما هو متوقع (Dykens, Hodapp, & Finucane, 2000, p. 46).

لسوء الحظ، عملت القوى الاجتماعية تاريخياً على جعل احتمالية الزواج الداخلي بنسب أعلى بين مجموعات ثقافية معينة، مثل المجتمع الفرنسي في جنوب ولاية Louisiana. نجم عن هذا عدد عال نسبياً من الأشخاص من ذوي متلازمة Usher في هذا الجزء من البلاد. إن الانتشار العالي لمتلازمة Usher في جنوب Louisiana قد تم سرده من قبل عالم الأعصاب المعروف Oliver Sacks على شريط فيديو باسم "The Ragin' Cajun Usher Syndrome" والذي أنتجته هيئة الإذاعة البريطانية (BBC). وتالياً مقتطفات من تصريحات معلم متقاعد عمل في مدرسة Louisiana للصم لمدة 27 سنة:

بداية، متلازمة Usher هو شيء عرف آثاره المجتمع الفرنسي Acadian French في جنوب Louisiana، ولكنهم لم يعرفوا "ما هو" أو "لماذا يحدث." لقد عرفوا بأن الأطفال جيلاً بعد جيل قد أصيبوا على نحو غامض بالصمم وبعميٍ كلي أو جزئي في النهاية. لقد كان شيئاً يخشاه الناس، إلا أنه تحتم عليهم تحمله. ومراراً وتكراراً، وجد أن الأعمام والأخوال، والعمات والخالات، وأولاد الأعمام أو الأخوال، وأحياناً طفلان أو أكثر من نفس الأسرة مصابون بهذه الحالة، إلا أن أحداً لم يعرف ما الذي يجب أن يقوموا به لمنعها، أو حتى ماذا يسمون هذه الحالة.

كان الجزء الخاص "بما هي" و"لماذا" تحصل هو محط اهتمام هذا المجتمع، ولماذا أنها كانت تحدث في هذا المجتمع بنسب أعلى للغاية من أي مكان في الولايات المتحدة. هذه النسبة العالية على نحو استثنائي قد تم توثيقها في العديد من الدراسات ... على سبيل المثال، (Kloeppfer, Laguite, & McLaurin, 1966)، يُقدر أن نسبة 30% من الأشخاص الصم في التجمعات السكانية Lafayette، وVermillion، وAcadia مصابون بمتلازمة Usher . إن نسبة الانتشار العالية هذه هي نتاج لعدة مئات من السنين من الزواج الداخلي بين هذه المجموعة العرقية المُغلقة. من الحتمي أن يلد شخصان تزوجا، وكلاهما يحمل الجين المتنحي لمتلازمة Usher الذي انتقل إليهما عن طريق أسلافهم، طفلاً مصاباً بهذه الحالة.

تعود أصول هذه المجتمعات الفرنسية المسماة Acadian أو Cajun إلى مقاطعة Acadia (Nova Scotia) في Canada. لقد تم طردهم في القرن الثامن عشرة من تلك المنطقة من قبل البريطانيين، ثم ساروا بمحاذاة الساحل الشرقي للولايات المتحدة ليستقروا في النهاية بمحاذاة شاطئ Louisiana الجنوبي في عدة تجمعات سكانية. في البداية لم يتم تقبلهم من قبل سكان المنطقة الحقيقيين وكانوا نوعاً ما معزولين بسبب اللغة والثقافة. ولكن، مع الوقت، أثبت هؤلاء القوم ذاتهم وحصلوا على الإعجاب حول العالم بسبب موسيقاهم، ومحبتهم ومرحهم، ولعدم نسيانهم أبناء عمومتهم.

يأتي العديد من الطلبة في مدرسة the Louisiana School for the Deaf (LSD) للصم من تجمعات Acadian الفرنسية نتيجة للنسب العالية من الإصابة بمتلازمة Usher ... من المعروف أن ما نسبته 15% إلى 20% من أطفال المدرسة في أعمار الولادة إلى 21 عاماً لديهم متلازمة Usher (النوع الأول) مقارنة بنسبة 3% من جميع الولايات الأخرى في الولايات المتحدة (Melancon, 2000, p. 1).

من المثير للسخرية أن أحداث القرن 21 يمكن أن تعمل على المحافظة على بعض القوى الاجتماعية التي تقود إلى نسب حدوث مرتفعة من متلازمة Usher بين مجتمع Acadian. من المبكر جداً القول، لكن الإعصار Katrina والتسرب النفطي الذي حدث قبالة سواحل Louisiana نجم عنه إعادة توزيع السكان في ساحل خليج Louisiana. من المحتمل أن مثل هذا التشتت سوف ينجم عنه تناقص في الزواج من المجموعة نفسها، والذي سوف ينجم عنه نسبة أقل من الولادات بمتلازمة Usher.

الخصائص النفسية والسلوكية Psychological and Behavioral Characteristics:

يُظهر الأشخاص من ذوي الإعاقة السمعية-البصرية مشكلات في ثلاثة مجالات على الأقل: (1) الوصول إلى المعلومات، و(2) التواصل، و(3) التنقل في البيئة (Aitken, 2000).

مشكلات في الوصول إلى المعلومات PROBLEMS ACCESSING INFORMATION: بالنسبة للأشخاص المعاقين سمعياً-بصرياً، فإن الوصول إلى مصادر المعلومات (مثل الإنترنت، التلفاز، الجرائد) هو أمر أكثر صعوبة بالنسبة لهم مقارنة بغيرهم من المبصرين. ولكون التواصل يعتمد على

نحـو كبيـر على مـدى توافـر المعلومات، فـإن القيـود على المعلومـات يمكن أن يكون لهـا أثـر سلبي في القدرة على التواصل:

إن تبعـات عـدم قـدرة الفـرد على الوصـول إلى المعلومـات هي في تخفيض خبـرات الحيـاة. إن النقص في خبرات الحيـاة اليوميـة العاديـة-كيفيـة عمل شطيرة، معرفـة أن المـاء يأتـي من صنبـور الميـاه-يجعل بنـاء مخزون من المعرفـة حـول العـالم أكثـر صعوبة بالنسبـة للشخص المعـاق سمعيـاً-بصـريـاً. من غيـر بنـاء هـذه المعـرفـة حـول العـامل، مـاذا يوجـد غيـره للتـواصـل مع الآخـرين؟ .(Aitken, 2000, p. 3)

مشكلات في التواصل PROBLEMS COMMUNICATING: يتفق معظم المهتمين والعاملين أن أكبر عـائق يواجهه الأشخاص المعاقين سمعياً-بصرياً هو التواصل (Aitken, 2000; Miles, 1998). فمن غير التـزام قوي من المعلمين وغيرهم من المهنيين والوالدين بتوفير فرص متعددة للتواصل، فإن الطفل المعاق سمعياً-بصرياً يمكن أن يصبح بسهولة معزولاً اجتماعياً. من الممكن أن يبدأ نمط هذه العزلة منذ الولادة.

قـد لا يستطيع الطفل القيام بالتواصل البصـري والمحافظة عليه، أو الاستجابة لصـوت نـاعم. من الممكن أن يكون وجـه أمه غيـر مـرئي أو مشوش الرؤية وكلامهـا مـا هـو إلا عبـارة عن صـوت منخفض بالنسبـة له بحيث لا يستطيع تمييـزه من ضجـة الأصـوات. من الممكن أن لا يستطيع الطفل المعاق بصـريـاً-سمعيـاً تسجيل إلا قليلاً ممـا يـدور حولـه في هـذا العـالم، أو من الممكن أن يجده مكاناً مخيفاً مليئاً بالأشكال والأصوات النصف مفهومـة. لن يكون بمقـدور هـذا الطفـل أن يحصل على انتبـاه أمه عن طريق نظرة بسيطـة ولن يكون بمقـدوره لعب ألعـاب تتطلب الرؤيـة، والأصوات، والحركة التي عادةً مـا يستمتع بهـا غيـره من الأطفـال. إذا كـان بصـر الطفـل وسمعه متضـرران على نحـو كبيـر إلى الدرجـة التي لا تمكنه من استخـدام الإشـارات السمعيـة أو البصـرية من أجل تنبيهه بأن شخصـاً مـا قـادم لأخذه، أو أن نشـاطاً معينـاً على وشك البدء، قد يصبح عندهـا الاتصـال مع الآخرين أمراً مهدداً. (Pease, 2000, p. 38)

بمجـرد بدء ظهور هذا النمط من السلوك، من الصعب عكسه. لذلك، فمن المهم أن يعمل المهنيون والوالدان مع بعضهما بعضاً من أجل توفيـر بيئة داعمة وغنية بفرص التواصل قدر الإمكان. أحد طرق المسـاعدة في زيادة فرص التواصل هي من خلال الاستخدام الحكيم لمواقع شبكات التواصل الاجتـمـاعيـة مـثل الفيـسـبـوك Facebook (Fagbemi, 2009). مـثل أدوات الشـبكات هـذه تسـمـح للأشخاص من ذوي الإعاقة السمعية-البصرية بإيجاد الأشخاص الآخرين النادرين من ذوي نفس الإعاقة والتواصل معهم، كما هو الحال في التواصل مع الأشخاص الآخرين.

وليس هنـاك مثل أفضل موجود من قصة Helen Keller (1880-1968) الكلاسيكية ومعلمتها Annie Sullivan (1866-1936) على أهميـة توفيـر بيئـة غنيـة لغويـاً. ولقـد تم تجسيـد هـذه القصـة في الفيلم الكلاسيكي The Miracle Worker (Green & Penn, 1962)، وتعـد انجـازات Keller معـروفـة لمعظمنا الآن. ولكونهـا فقـدت بصـرهـا وسمعهـا في عمـر 19 شهراً، فلقـد تابعت Keller نموهـا لتحقق إنجـازات استثنائيـة، بمـا فيهـا تخرجهـا بشـرف من كلية Radcliffe في عام 1904؛ ونشـرت المقـالات

والكتب (بما فيها الكتاب الشهير "قصة حياتي The Story of My Life" والذي قامت بكتابته في أثناء دراستها في الكلية ويتوافر بأكثر من 50 لغة)؛ وطافت البلاد طولاً وعرضاً تلقي المحاضرات عن الكف البصري؛ وكانت المتحدثة باسم المجموعة المدافعة عن حق المرأة بالتصويت؛ والحائزة على ميدالية الحرية الرئاسية، وهي أعلى وسام مدني يمكن أن تقدمه الولايات المتحدة.

إن قصة Helen Keller هي شهادة على قوة الروح الإنسانية على التغلب على الصعوبات الهائلة. ولكن، من المهم أن نتذكر أنها قدمت شهادة-أيضاً-على قوة التدريس الخاص المركز والكثيف. وبمقدار شهرتها، فمن المشكوك فيه أن تكون Keller قد تغلبت على حالتها الصعبة من غير التدريس لفترة طويلة من قبل معلمتها Annie Sullivan، والتي كرست ما يقارب 50 عاماً من حياتها لتكون معلمة Keller ورفيقتها الدائمة. من المثير أن نعرف أن المعلمة Sullivan نفسها قد ولدت كفيفة، إلا أنها تمكنت من استعادة البعض من قدرة بصرها بعد أن أجرت العديد من العمليات الجراحية. وصلت Sullivan إلى منزل Keller في عام 1887 من أجل أن تلتقي تلك الصغيرة التي لم تبلغ السابعة بعد التي امتلكت مبادئ التواصل إلا أنها كانت تميل إلى نوبات الغضب الشديدة. ومن خلال التدريس المستمر والمكثف، تمكنت Sullivan من إطلاق العنان لقدرات Helen من أجل تعلم اللغة والمفاهيم العليا.

إن قصة Sullivan وKeller ليست القصة الوحيدة المشهورة عن فريق المعلم-الطالب التي تُعبّر عن أهمية التدريس المكثف للأشخاص المعاقين سمعياً-بصرياً. أنظر إلى الجزء المسمى "منظورات شخصية Personal Perspectives" المصاحب لتقرأ عن قصة Laura Bridgman وSamuel Gridley Howe.

مشكلات في التنقل في البيئة PROBLEMS NAVIGATING THE ENVIRONMENT: كما ناقشنا في الفصل 9، يمكن أن يتعرض الأشخاص المكفوفين أو من ذوي القدرة البصرية المتدنية لصعوبات حقيقية في التنقل. وبالنسبة للأشخاص المعاقين سمعياً-بصرياً، عادة ما تكون هذه المشكلات أكثر وضوحاً. الأشخاص المكفوفين والذين يستطيعون السمع يمكنهم سماع الإشارات السمعية التي من شأنها أن تساعدهم على التنقل. على سبيل المثال، يمكن أن يكون هؤلاء الأشخاص قادرين على سماع الإشارات الصوتية عند اقترابهم من الإشارة الضوئية وهذا يمكن أن يساعد جداً على قطعهم الشارع، كما أن قدرتهم على سماع الأشياء المختلفة مثل الحافلات، والقطارات، وضجيج الإنشاءات، يمكنها أن تساعد الشخص الكفيف على التعرف على موقعه. ولكن، الأشخاص الذين يكونون معاقين سمعياً وبصرياً في آن واحد مقيدين بقدرتهم على الاستفادة من الإشارات الصوتية للتنقل في البيئة.

الاعتبارات التربوية Educational Considerations:

تقع الاحتياجات التربوية الرئيسة للرضع وأطفال سن ما قبل المدرسة على نحو عام، وكما هو الحال بالنسبة للطلبة الأكبر سناً، الذين يعانون من الإعاقة السمعية-البصرية تحت أبواب التواصل والتوجيه والتنقل. كلا القدرتان، ولكن بخاصة التواصل، يُعتبران شرطان أساسيان للتفاعل

الاجتماعي. وإذا تم تعليم هذه المهارات على نحو فاعل، فعندها يتحسن تفاعل الأشخاص المعاقين سمعياً-بصرياً على نحو كبير (Janssen, Riksen-Walraven, & van Dijk, 2004).

يجب أن يُبقي المهنيون والوالدان في اعتبارهم عند التعامل مع احتياجات التواصل والتوجيه والتنقل مبدأين هامين على الأقل في أذهانهم: التعليم المباشر والروتينيات المحددة والمُتنبئ بها.

أهمية التعليم المباشر THE IMPORTANCE OF DIRECT TEACHING: يعتمد العديد من الطلبة من ذوي الإعاقات (مثل الإعاقة العقلية، صعوبات التعلم، الإعاقة السمعية، الإعاقة البصرية) على نحو أكبر من الطلبة غير المعاقين على المعلم في تعليمه المباشر لهم. فبينما يستطيع الطلبة غير المعاقين تعلم قدر كبير من المعلومات على نحو عرضي (مثل عن طريق رؤية أو سماع الأشياء التي تحدث حولهم)، إلا أن الطلبة المعاقين عادةً ما تكون حاجتهم أكبر في أن يتم تعليم المواد لهم على نحو مباشر (أنظر Kauffman, 2002; Kauffman & Hallahan, 2005). وبسبب محدودية مدخلاتهم الحسية، تبرز الحاجة على نحو أكبر للتعليم المباشر للمعلومات بالنسبة للطلبة من ذوي الإعاقة السمعية-البصرية مما هي بالنسبة للأطفال من غير ذوي الإعاقات.

أهمية الروتينيات المحددة والمُتنبئ بها THE IMPORTANCE OF STRUCTURE AND PREDICTABLE ROUTINES: في سبيل خلق بيئة ناجحة للتعلم، من المهم أيضاً أن يوفر المعلمون وغيرهم من المهنيين والوالدين إحساساً من الأمن للطلبة من ذوي الإعاقة السمعية-البصرية. أحد أفضل الطرق في خلق هذه البيئة هو من خلال استخدام الروتينات المحددة والمتنبأة (Chen, Alsop, & Minor, 2000; Miles, 1998; Smith, Smith, & Blake, 2010).

التواصل COMMUNICATION: تلعب اليدان دوراً حاسماً في التواصل لدى معظم الطلبة من ذوي الإعاقة السمعية-البصرية. في الواقع، تصبح اليدان بمثابة "الصوت، أو الأداة الأساسية في التعبير" (Miles, 1999, p. 1). يستخدم المهنيون عدداً من أشكال التواصل التي تتضمن اللمس مع الأشخاص المعاقين سمعياً-بصرياً؛ وطريقة بريل Braille هي أكثرها استخداماً. ومن بين أكثر الاستراتيجيات التعليمية اللمسية شيوعاً استراتيجيات "التوجيه عن طريق اليد-فوق-اليد hand-over-hand guidance"، و"التوجيه عن طريق اليد-تحت-اليد hand-under-hand guidance"، و"الإشارات المُعدلة adapted signs"، و"إشارات اللمس touch cues" (Chen, Downing, & Rodrigues-Gil, 2000/2001).

التوجيه عن طريق اليد-فوق-اليد: وتتضمن هذه الاستراتيجية أن يضع الشخص البالغ يده (أو يداه) فوق يد (أو يدي) الطفل في أثناء اكتشاف شيء ما أو القيام بإرسال الإشارة برسالة ما. وعلى الرغم من أن مثل هذه الاستراتيجية قد تكون ضروريةً، خاصة بالنسبة للطلبة من ذوي الإعاقة الجسمية التي تتدخل في قدرة الفرد على تحريك أيديهم، إلا أنها تعاني من بعض المثالب (Chen et al., 2000/2001; Miles, 1999). بعض الأطفال يقاوم هذه الطريقة، ومن الواضح أن السبب هو أنهم

لا يحبون شعور فقدان السيطرة على أيديهم. زد على ذلك، قد يصبح العديد من الأطفال سلبيين للغاية، ينتظرون يدي شخص ليضعها فوق أيديهم عوضاً عن أن يمدوا هم أيديهم.

التوجيه عن طريق اليد-تحت-اليد: عادةً ما يُوصى باستخدام هذه الاستراتيجية كبديل للتوجيه عن طريق اليد-فوق-اليد. تتضمن هذه الاستراتيجية بأن يقوم الشخص البالغ بوضع يده (يداه) بلطف تحت جزء من يد (أو يدي) الطفل في أثناء قيام الطفل باستكشاف الأشياء. هذه الاستراتيجية تصبح مكافئ لمسي للإشارة للأشياء (Miles, 1999). أحد أبرز حسنات هذه الطريقة أنها لا تعمل على السيطرة على يد (يدي) الطفل.

الإشارات المعدلة: هي إشارات تستخدم من قبل الأشخاص الصم، مثل إشارات الصم الأمريكية والإنجليزية، وهي ترتكز على القدرة البصرية، مما يجعلها صعبة أو مستحيلة الاستخدام من قبل الأشخاص المعاقين سمعياً-بصرياً، اعتماداً على شدة إعاقتهم البصرية. لذلك، فلقد تم خلق العديد من النسخ اللمسية من الإشارة لاستخدامها مع هؤلاء الأشخاص (Chen et al., 2000/2001). على سبيل المثال، من أجل استقبال الإشارة، يقوم الشخص المعاق سمعياً-بصرياً بوضع يديه على يدي الشخص الذي يقوم بإرسال الإشارة؛ ومن أجل إرسال إشارة، يقوم المعلم أو الوالدان بمسك يدي الشخص المعاق سمعياً-بصرياً وتوجيهه في إنتاج الإشارة.

إشارات اللمس: إشارات اللمس هي إشارات لمسية يمكن لها أو توصل العديد من الرسائل اعتماداً على الموقف والمحتوى. من المهم أن تكون الإشارات اللمسية ثابتة؛ لن يكون بمقدور الطفل فك معنى إشارات اللمس إذا استخدمها أشخاص آخرين لتوصيل عدد من الرسائل. على سبيل المثال، التربيت على كتف الطفل يمكن أن يُعبر عن:

- التغذية الراجعة الإيجابية ("قمت بعمل ممتاز").
- الطلب أو التوجيه ("اجلس").
- الإعلام ("دورك").
- الطمأنة أو التوكيد ("لا تبكِ، أنت على ما يرام").

يجب أن يتم استخدام إشارات اللمس على نحو اختياري، ومتحفظ، وثابت حتى يستطيع الطفل أن يطور فهماً لما تمثله هذه الإشارات (Chen et al., 2000/2001, p. 3).

التعرف والتنقل ORIENTATION AND MOBILITY: بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من الإعاقتين السمعية والبصرية، فإن الحاجة للتدرب على مهارات التعرف والتنقل (O&M) (orientation and mobility) تكون أكثر أهمية منها لأولئك المعاقين بصرياً فقط لأنهم معرضون لخطر أكبر لعدم تمكنهم من التحرك في بيئتهم.

يختلف تدريب الأشخاص المعاقين سمعياً وبصرياً على O&M في جانبين على الأقل عن التدريب المقدم للأشخاص المعاقين بصرياً فقط. أولاً، هناك حاجة لتعديل طريقة التواصل مع الأشخاص المُعاقين سمعياً-بصرياً (Gense & Gense, 2004). قد يحتاج مدرب O&M إلى استخدام تعديلات معينة مثل استخدام مترجم، و/أو الإشارات المُعدلة، و/أو إشارات اللمس من أجل التواصل مع هؤلاء الطلبة.

ثانياً، قد يكون من الضروري أحياناً تنبيه العامة أن الشخص الذي يتنقل هو شخص معاق سمعياً-بصرياً. حتى الأشخاص من ذوي الإعاقة السمعية-البصرية الذين يمتلكون أفضل المهارات في التنقل يصبحون على نحو عرضي فاقدين لوجهتهم مؤقتاً ويحتاجون إلى المساعدة. الأشخاص المعاقين بصرياً والذين يستطيعون السماع بإمكانهم طلب المساعدة على نحو سهل نسبياً. ولكن، الأشخاص المعاقين بالإعاقتين السمعية والبصرية قد يواجهون صعوبة أكبر في التواصل بخصوص احتياجاتهم مع العامة، ولا يبدو دائماً واضحاً للعامة بأن هذا الشخص يعاني من هاتي الإعاقتين. إن العصا البيضاء يمكن لها أن تُشير للفقدان البصري، ولكنها لا تشير للعجز السمعي. لذلك، يدافع بعض المهنيين عن استخدام البطاقات المُساعدة. البطاقات المُساعدة assistance cards عادةً ما تكون بطاقات صغيرة نسبياً (مثل أن تكون بمقاس 3"×6") ويمكن أن يحملها الشخص المعاق سمعياً-بصرياً في التفاعلات المكتظة أو غير المألوفة. الكلمات الموجودة في هذه البطاقات تُشير إلى أن الشخص يسأل المساعدة-مثلاً، "الرجاء مساعدتي على عبور الشاعر أنا معاق سمعياً وبصرياً"، أرجو أن تربت على كتفي إذا كنت تستطيع مساعدتي. شكراً لك" (Franklin & Bourquin, 2000, p. 175).

اعتبارات خاصة بالطلبة من ذوي متلازمة Usher: يمثل الطلبة المصابين بمتلازمة Usher تحدياً تربوياً خاصاً لأن معظمهم يعاني من إعاقة بصرية متدرجة في السوء. فقد يبدأ هؤلاء حياتهم بقدرة بصرية جيدة نسبياً، لكن بصرهم يتراجع على نحو حتمي إلى الدرجة التي تجعلهم كفيفين من الناحية القانونية، هذا أن لم يكن كف بصر كلي. إن آثار التهاب الشبكية الصباغي، وهي حالة تصاحب متلازمة Usher، من الممكن أن تكون شاذة ومُتغيرة على نحو مستمر، لذلك فهي توقع الطالب وأسرته في حيرة (Miner & Cioffi, 1999). وحتى عندما يحدث التقهقر ببطئ على عدة سنوات، من الممكن أن يتجاهل آباء ومعلمو الأطفال من ذوي متلازمة Usher أهمية أن يتم تحضير الطفل للحقيقة المحتومة بأنه سوف يعاني من العجز البصري على نحو جدي في يوم من الأيام. في بعض الأحيان، يُخشى أن التعرض المُبكر لطريقة Braille والتدريب على مهارات O&M سوف يلصق وصمة سلبية بالطفل ويدمر مفهومه عن ذاته. ولكن، يتفق معظم الأشخاص العاملين في هذا المجال بأن التدريب على طريقة Braille وO&M يجب أن لا ينتظر حتى يصبح الطالب غير قادر على التمتع ببصر وظيفي.

Samuel Gridley Howe ومعلمها Laura Bridgman

على الرغم من أن معظم الناس يعرفون قصة Helen Keller، إلا أن أول قصة موثقة حقيقية لشخص من ذوي الإعاقة السمعية-البصرية يقوم بتعلم اللغة هي حالة Laura Bridgman (1829-1889). أصيبت Laura بالحمى القرمزية في عمر عامين وأصبحت كفيفة وصماء.

كان Samuel Gridley Howe (1801-1876) واحداً من أكثر الناشطين الاجتماعيين جرأة في القرن التاسع عشر، ومن أكثر الناشطين في إعادة هيكلة المدارس، والسجون، ومؤسسات الصحة العقلية، كما أنه كان عضواً في جماعة "Secret Six" التي قادت حملة تمويل ودعم لحملة John Brown من أجل إنهاء العبودية في الولايات المتحدة عن طريق غارته الضعيفة الإنطلاق على Harper's Ferry في العام 1859. حصل Howe على درجته الطبية من جامعة Harvard في العام 1824. بعد أن أمضى 7 سنوات مزرية في الحرب الأهلية اليونانية كجراح، عاد إلى مدينة Boston الأمريكية. في العام 1832، تم تسميته كرئيس لمؤسسة ومدرسة Perkins Institute and Massachusetts School for Blind للمكفوفين (تسمى الآن Perkins School for the Blind).

Laura Bridgmen مع معلمها Howe

بعد قراءة مقالة في الجريدة عن Laura. قام Howe بزيارة والديها وأقنعهم بإرسال الطفلة البالغة من العمر 8 أعوام إلى Perkins في عام 1837. هناك، عمل هو ومعلموه الآخرون بجد مع Laura لعدة سنوات. وبالإضافة إلى أهداف تعليمها التواصل، عرض Howe الطالبة Laura على أنها تجربة فلسفية ودينية. فمن خلال برهنته على أنها قادرة على تعلم التواصل، استخدمها لإثبات المذهب المادي، والذي يجعل من المدخل الحسي أمراً مهماً من أجل تشكيل المفاهيم. "و كما كانت Laura تتصل بالعالم الخارجي من حولها، كان Howe مسروراً بأن يشهد نصر العقل على المادة" (P.41 Freeberg, 2001, p.). وبالنسبة للدين، أمّل Howe أن يبرهن بأنها تمتلك وعياً أخلاقياً ذاتياً لم يُمس على الرغم من فقدانها الحسي.

عمل Howe أيام فتح فيها مؤسسته للعامة من أجل أن يروا إنجازات طلبته في Perkins. أصبحت Laura مصدر الجذب الرئيس، تجذب المئات لرؤيتها. أحد أول الزائرين كان الروائي Charles Dickens، والذي نشر عن لقائه بها في مجلة تسمى Americans Note، وهذا أضاف لدعاية إنجازات عمل Howe مع Laura.

في النهاية أصيب Howe بالإحباط لأن Laura لم تتقدم كما كان يأمل. فعلى الرغم من أنها كانت قادرة على التواصل على نحو جيد، إلا أن شخصيتها التي تتصف بعدم النضج وأحياناً تثور غضباً، منعتها من أن تصبح الحالة المثالية في إثبات فلسفته ونظرياته الدينية.

و على الرغم من أن انجازاتها لم تكن مذهلة كما هي في حالة Keller، إلا إنجازات Bridgman كانت استثنائية في عصرها، حيث آمن العديد من المهتمين في الجمال بأن الشخص المعاق سمعياً-بصرياً هو معاق عقلياً أيضاً. أضف إلى ذلك، فمن غير التدريس والعمل الذي تم مع Bridgman، فربما لما كانت الفرصة لـ Keller للحصول على التدريس الذي أطلق العنان لقدراتها. لقد تنبه والدا Keller إلى إمكانات تدريس ابنتهم بعد أن قرأوا عن انجازات Bridgman. زد على ذلك أن معلمة Keller، Annie Sulivan، هي طالبة سابقة في مؤسسة Perkins، كما أنها استأنست بتقارير Howe عن Bridgman قبل أن تباشر رحلتها كمعلمة خاصة لـ Keller. وهذا قد يكون الأمر الأكثر أهمية.

قصة Laura Bridgman الدرامية لفتت انتباه العامة لحركة تجديد أوسع والتي عملت على تغيير حياة العديد من الأشخاص المعاقين في القرن التاسع عشر في أمريكا. اخترع Howe وغيره من التربويون أدوات التدريس، وقاموا بالتجريب في المنهاج، وبنوا مؤسسات جديدة ساعدت الآلاف من الأشخاص المعاقين حسياً على التغلب على الحواجز المادية التي حرمتهم دوماً من الحصول على التعليم ... مقتطعة الإجحاف وسوء الفهم المتراكم عبر قرون، بدأ هؤلاء الطلبة ومعلميهم بتفكيك واحدة من أكبر الحواجز التي تعترض المعاقين سمعياً-بصرياً، الاعتقاد القديم الخاطئ الراسخ في الأذهان بأن الأشخاص المعاقين بإعاقة حسية لا يمكن الوصول إليهم وهم-على نحو ما-ليسوا ببشر كاملين. في السنوات الأولى الحاسمة من حركة التجديد المهمة هذه، لم يقم أي إنسان بعمل يتحدى هذه الافتراضات ويلهم لاحترام جديد نحو الأشخاص المعاقين مثل Laura Bridgman.

(Freeberg, 2001, pp. 220-221).

The Education of Laura Bridgman: First Deaf and Blind Person to Learn Language. By E. Freeberg, Cambridge, MA :Harvard Press, Copyright (c) 2001 by the President and Fellows of Harvard College.

التدريس الفعال RESPONSIVE INSTRUCTION

تلبية إحتياجات الطلبة من ذوي الإعاقات قليلة الحدوث، والمتعددة، والشديدة

أهمية بناء روتينات محددة ومتنبئ بها

The Importance of Establishing Predictable, Structured Routines

ما الذي تقوله البحوث؟

طور الباحثون والمهنيون في المشروع *PLAI (تشجيع التعلم من خلال التفاعل النشط Promoting Learning Through Active Interaction) العديد من النماذج للعمل مع الأطفال الرضع الذين يعانون من إعاقات متعددة وأسرهم (Chen, Alsop, Minor, 2000; Klein, Chen, & Haney, 2000). أحد هذه النماذج يركز على بناء روتينات ثابتة (مُتنبئة). خاصة للأطفال المعاقين سمعياً-بصرياً، فلقد أوصوا بالأهداف الآتية:

- خلق روتينات ثابتة (مُتنبئة) من خلال التعرف على مالا يقل عن خمسة نشاطات يمكن جدولتها بنفس التسلسل كل يوم.
- التعرف على التسلسلات المتنبئة ضمن نشاطات معينة (مثل، الروتينات الفرعية).
- التعرف على، واستخدام الإشارات السمعية، والبصرية، واللمسية، والشمية، والحركية من أجل مساعدة الرضع على المشاركة في النشاطات المألوفة (Chen et al., 2000, p. 6).

يُقدم الآتية الكيفية التي يتم تطبيق هذه الأهداف مع الطفل Michael ذوي 14 شهراً من العمر، وأمه Cecelia، وأخته الكبرى Kate. ولد Michael طفلاً خداجاً وكان وزنه عند الولادة باونداً واحداً وثمانية أونصات. تم تشخيصه بحالة شديدة من ROP (اعتلال الشبكية الناجم عن الخداج retinopathy of prematurity)، والشلل الدماغي، وفقدان سمعي غير محدد الشدة.

ساعد أخصائي التدخل المبكر الأم على إدراك أن Michael يستطيع فهم ما يدور حوله على نحو أفضل إذا كانت روتيناته اليومية أكثر تنبؤيةً. فبالإضافة إلى الروتينات الصباحية والمسائية، قررت الأم محاولة زيادة التنبؤية في رويتينات Michael بعدة طرق. فبعد انتهائه من رضعة الصباح، يحصل دائماً على حمام. وبعد الحمام، تقوم الأم بوضع المطري (الكريم) على جسمه والقيام بتدليك أكتافه وظهره. وفي وقت النوم، تقوم الأم بإعطاء زجاجة الحليب وتقوم أخته بهزه في أثناء مشاهدتها للتلفزيون. أدركت الأم-أيضاً-أنها و Michael قد طوروا "روتينات فرعية". فعلى سبيل المثال، بعد إزالة حفاظة Michael وتنظيفه، تقوم الأم بالتربيت على بطنه وتقول "حسناً، كل شيء جاف. كل شيء جاف." ثم تقوم برش بودرة الأطفال ووضع حفاظة جديدة عليه وتقول "تم كل شيء،" وتعطيه قبله فيما تقوم برفعة.

يتبع ذلك روتينات، وروتينات فرعية متنبئة. قبل الذهاب إلى غرفة Michael، تقوم الأم دائماً بالإعلان بصوت عالٍ، "ماما قادمة الآن." تقوم بلمس كتفيه قبل أن تقوم بحمله. وقبل أن تقوم بوضعه في الحمام، تقوم بوضع قدميه في الماء لمرتين قبل ذلك، وهذا من

شأنه أن يساعد على توقف بكاؤه عند وضعه في الحمام. وقبل أن تعطيه جلسة تدليك الظهر، تقوم بوضع بعض المطري على أصابعها وتجعله يشم رائحته. (Chen et al., 2000, pp. 6-7)

تطبيق نتائج البحوث في التدريس

على الرغم من أن المثال السابق ينطبق على الرضع، إلا أن الروتينات المحددة والمتنبئ بها ليست أقل أهمية بالنسبة لأطفال سن المدرسة الذين يعانون من الإعاقات المتعددة، بما في ذلك الإعاقة السمعية-البصرية. الروتينات المدرسية مهمة على نحو خاص للطلبة من ذوي الإعاقة السمعية-البصرية لأن الطريقة الوحيدة لهؤلاء الطلبة للتعلم من خلال العمل: القيام بالأشياء. هؤلاء الطلبة لن يستطيعوا التعلم من خلال الملاحظات البصرية أو الاستثارة السمعية التي من شأنها مساعدتهم على إدراك ما يدور حولهم في هذا العالم. لذلك فهم يعتمدون على خلق بيئة تعلم آمنه والثقة في المدرس الرئيس (Moss & Hagood, 1995). وتالياً الروتينات المدرسية التي من شأنها أن تصب في فائدة المعاقين سمعياً-بصرياً:

- روتين أخذ الدور. عن طريق المحافظة على التوازن بين التفاعلات ("أنا، ثم أنت")، سيعرف الطلبة متى يستجيبون على نحو ثابت وأن يبقوا أكثر فاعلية في تعلمهم.
- روتينات التنقل الحركة. إذا لم يشعر الطلبة بالراحة في التنقل في غرفة الصف أو المدرسة، فقد يختارون ألا يتحركوا على الإطلاق. إن نقص الحركة يقلل من فرص الطالب في الاستكشاف، والتفاعل الاجتماعي، والاستقلالية.
- روتينات التواصل. الطلبة المعاقون سمعياً-بصرياً سوف يعتمدون على التواصل اللمسي. لن يكون بمقدور هؤلاء الطلبة القيام بالاتصال من غير وجود أي تفاعل مباشر مع الآخرين. لذلك، من المهم بناء روتينات للتواصل فيما يتحرك هؤلاء الطلبة من الأشياء إلى الإشارات للتواصل.

كتبت بواسطة Kristin L. Sayeski

اعتبارات تربوية بالنسبة للعديد من الطلبة من ذوي الإعاقات قليلة الحدوث، والمتعددة، والشديدة

Educational Considerations for Many Students With Low-Incidence, Multiple, and Severe Disabilities

بعض الأدوات والطرق التي نصف هنا يمكن أن تُستخدم مع أي فئة من المعاقين التي ناقشنا في هذا الفصل. إن التواصل، وإدارة السلوك، والتدخل المبكر، والانتقال، والعمل، وانخراط الأسرة، والتطبيع هي جميعاً اهتمامات مستمرة لأي من هذه الإعاقات.

أنظمة التواصل المساندة والبديلة Augmentative and Alternative Communication

بالنسبة لبعض الأشخاص من ذوي الإعاقات المتعددة والشديدة، فإن اللغة المنطوقة خارج نطاق السؤال؛ فهم يعانون من الإعاقات الجسدية أو المعرفية، وناجمة عادةً عن تلف عصبي، بحيث تحول بين تعلمهم التواصل عن طريق الكلام الطبيعي. لذلك، يجب على المعلمين وغيرهم من التربويين أن يعملوا على تصميم نظام تواصل ساند وبديل **augmentative and alternative communication (AAC)**.

يتضمن AAC أي وسائل يدوية أو إلكترونية يمكن أن يستخدمها الفرد في التعبير عن رغباته واحتياجاته، أو يتشارك في المعلومات، أو ينخرط في التقارب الاجتماعي، أو يدير آداب التعامل مع الآخرين (Beukelman, Yorkston, & Reichle, 2000; Gerenser & Forman, 2007; Heller & Bigge, 2010). الطلبة الذين يجب أن يتم تصميم AAC لهم متروحي الذكاء من الموهوبين جداً إلى معاقين عقلياً بدرجة شديدة جداً، إلا أنهم يتشاركون في خاصية واحدة فيما بينها: عدم القدرة على التواصل على نحو فاعل عن طريق الكلام بسبب العجز الجسدي. بعض هؤلاء الأشخاص غير قادرين على إصدار أي أصوات كلامية على الإطلاق؛ بينما يحتاج البعض الآخر لنظام يعزز من كلامهم عندما لا يكونون قادرين على جعل أنفسهم مفهومين بسبب الضجة البيئية، أو الصعوبة في إنتاج كلمات أو أصوات معينة، أو عدم الألفة مع الشخص الذي يرغبون في التواصل معه.

على الرغم من كون الإشارات أو الإيماءات مفيدة مع بعض الأشخاص، إلا أن العديد من الأشخاص الذين يعانون من محدودية حركية لا يستطيعون استخدام أيديهم للتواصل عن طريق استعمال لغة الإشارة العادية؛ يجب أن يستخدموا وسائل أخرى للتواصل، عادة ما تتضمن هذه معدات خاصة. طورت الدكتورة Nikki Nissane، والتي تعمل حالياً كجراح، نظام مبسط للغة الإشارة عندما كانت طالبة في مرحلة البكالوريوس في جامعة Virginia. يمكن أن يتعلم ويستخدم الأطفال والراشدون ممن يعانون من محدودية في القدرات الكلامية لغة الإشارة المبسطة التي ابتكرتها على نحو أكثر سهولة من لغة الإشارة التقليدية.

تتضمن المشكلات التي يجب حلها في مساعدة هؤلاء الأشخاص على التواصل بطرق غير الإشارة واستخدام مفردات وإعطاءهم وسائل فاعلة ومؤثرة في التعبير عن العناصر الموجودة في مفرداتهم. وعلى الرغم من كون الفكرة التي تقف خلف AAC بسيطة للغاية، إلا إن اختيار أفضل المفردات ووضع أكثر الوسائل الفاعلة للتواصل بالنسبة للعديد من الأشخاص من ذوي الإعاقات الشديدة أمر متحد للغاية. وكما يعبر أحد مستخدمي AAC عن هذا التحدي، "يجب أن يتم تقييم AAC مع كون المُستخدم منخرطاً في العملية منذ أولى الخطوات. حيث إن الشخص من ذوي الكلام المُعزز هو من سيستخدم الأداة في كل يوم، على المستويين الشخصي والمهني، وليس اختصاصي نظام ACC هو من سيستخدمها" (Cardona, 2000, p. 237).

لقد جرى تطوير العديد من أنظمة AAC، بعضها يتضمن حلولاً بسيطة نسبياً-أو كما تسمى أحياناً حلول منخفضة التقنية - والبعض الآخر يتطلب حلولاً معقدة أو عالية التقنية. كما تم وضع العديد من الطرق مثل الاختيار المباشر والطرق المسحية من أجل AAC اعتماداً على قدرات الفرد. قد يتضمن النظام المستخدم الإشارة باستخدام الرأس أو ضربات الرأس، أو حركات العينين، أو تشغيل مفاتيح إلكترونية عن طريق القدم أو اللسان، أو حركات الرأس أو التحكم بالتنفس. في أحيان أخرى، قد يستخدم الفرد آله طابعة أو نهايات إلكترونية مربوطة بالكمبيوتر مثبت عليها مفتاح حماية بحيث يصبح من غير المحتمل أن يضغط عليها أياً كان على نحو عرضي أو يستخدم الشخص وسائل بديلة في اختيار وسائل الضرب على مفاتيح الإشارات. بعض الطلبة الآخرين يستخدمون لوحات التواصل التي توفر منظومة من الصور، أو الكلمات، أو غيرها من الرموز ويمكن تشغيلها بالاختيار المباشر أو إستراتيجية المسح. يتباين محتوى وترتيب اللوحات اعتماداً على قدرات الفرد، واختياراته، واحتياجاته التواصلية.

يجد الباحثون اليوم على نحو متزايد حلول تكنولوجية مبتكرة وخلاّقة لمشكلة التواصل الغير صوتي. وفي الوقت نفسه، فهم يدركون أهمية اتخاذ القرار بأن هذه التكنولوجيا فردية على نحو عالٍ ومستندة إلى الدليل العلمي في استخدامها. ليس هناك من شخص يُخدم على نحو جيد عن طريق AAC لا يستند إلى ثقة عالية من وجهة النظر العلمية. يحاول الباحثون جعل الأمور ممكنه لهؤلاء الصغار المُستخدمين لـ AAC للتكلم عن نفس الأشياء التي يتكلم عنها الأطفال الآخرون. بينما توجه جهود أخرى نحو تدريب مُستخدمي AAC من أجل إخبار أولئك الآخرين الذين يتواصلون معهم كيفية التفاعل معهم على نحو أكثر فاعلية-بمعنى تدريب مستخدمي AAC على الجانب النفعي في التواصل.

التركيز على المفاهيم FOCUS ON CONCEPTS

لغة الإشارة المبسطة Simplified Sign Language

إن محاولة معرفة الكيفية التي يمكن أن تتواصل فيها على نحو فاعل باستخدام إيماءات لم يكن بالأمر الهين لطالبة جامعة Virgina في مرحلة البكالوريوس Nikki Kissane. ولكن بفضل جهودها البحثية، يمتلك الأطفال والراشدون الغير قادرين على الكلام أو ممن يعانون من محدودية في قدراتهم الكلامية نظام تواصل مبسط جديد من السهل تعلم استخدامه، وإنتاجه، وفهمه أكثر من لغة الإشارة الموجودة حالياً ....

بعد أن شهدت جدها يعاني من سلسلة من الجلطات ورؤية الصعوبات الجسدية والانفعالية التي يعاني منها، اتصلت Kissane بروفيسور علم النفس John Bonvillian لمعرفة ما إذا كانت قادرة على الاشتراك في بحثه القائم عن التواصل باستخدام لغة الإشارة مع الأشخاص الغير قادرين على الكلام، ولكنهم قادرون على السمع.

درست Kissane أكثر من 20 قاموس لغة إشارة من أجل التعرف على إشارات "أيقونية أو رمزية"، تلك الإشارات الأيقونية التي تمثل الأشياء أو الأفعال المقصودة بها بكل وضوح، أو "الواضحة"؛ تلك التي تمثل ما تعنيه بسهولة ويسر، وللتلخيص، إن وضع اليدين على شكل مهد (سرير) بينما يقوم الشخص

بهزهما بلطف إلى اليمين والشمال سيكون إشارة واضحة تعبر عن "طفل"، بينما الإيماء برمي كرة سوف يعني إيماءً أيقونياً يعبر عن "رمي".

ولأغراض بحثها، ميزت Kissane حوالي 900 إشارة لكلمات تستخدم يومياً مثل مشط، وكتاب، ويتناول؛ هذه الإشارات تمتلك القابلية بأن يتم فهما بسهولة والتواصل بخصوصها عن طريق إيماءات بسيطة باستخدام اليد أو الذراع. كما أنها قامت بابتكار العديد من الإشارات الجديدة لتكون مكافئة لتلك الكلمات التي وجدت في بحثها.

ولتحدي ما إذا كان مثل هذه الإشارات يمكن وضعها في نظام بسيط، قامت باستخدام طلبة متطوعين من جامعة Virginia لاستطلاع آرائهم عن طريق وضعهم في مجموعات مختلفة للإشارات لمعرفة أي من هذه الإشارات يستطيعون التذكر والتكرار بسهولة. جميع الإشارات التي تم تذكرها على نحو كامل من قبل ما لا يقل عن 70% من المشاركين تمت إضافتها للقاموس.

قامت Kissane أيضاً بملاحظة بعض الصفوف التي تدرسها أمها التي تعمل كمعلمة مدرسة ابتدائية لمادة الفنون. احتوت الصفوف على العديد من الطلبة التوحديين. حصلت Kissane من أمها على معينات حول كيفية رسم الإيماءات.

تقول Kissane: "لقد قمت بملاحظة بعض الحصص لرؤية أين تقع الصعوبة التي يعاني منها الطلبة التوحديين في المهارات الحركية والمعرفية."

العين = Eye

يحتفل = Celebrate

ينام = Sleep

المصدر:

Wooten, I. L. (2001, May 18). Student develops new sign system. Inside UVA, 31(18), 12. Reprinted with permission. Photos from The Daily Progress, Charlottesville, VA. Reprinted with permission.

قصص نجاح

يسير David نحو الاستقلالية والتحصيل الأكاديمي عن طريق استخدام التكنولوجيا المساعدة والتعاون بين الاخصائيين

تقول السيدة Womack، أم الطالب David: "عندما يسمع بعض المعلمون صوت آلة التنفس، فإنهم يميلون لتدليل الطفل، لكنني أريد أن يتم التعامل معه مثل أي طالب".

يدرس الطالب David Womack، والبالغ من العمر 16 عاماً، في مدرسة نهارية مخصصة للطلبة من ذوي الإعاقات الجسدية الشديدة.

هذه هي المفاتيح لنجاحه:

- تعاون مكثف
- تركيز غير محدود على التكنولوجيا
- أهداف محددة نحو الاستقلالية والنجاح الأكاديمي

في اليوم للدوام المدرسي في صفه الثاني، تعرض الطفل David Womack البالغ من العمر 7 سنوات للدهس من قبل سيارة في لحظة خروجه من حافلة المدرسة. أصاب الحادث David في عموده الفقري، تاركاً إياه من غير أي قدرة على حركة أي عضو أسفل رقبته وعدم قدرته على التنفس وحده من غير مساعدة. وبعد عامين من التأهيل، كان بمقدوره مغادرة المستشفى والعودة للمدرسة. توصل والديه وأعضاء آخرين من فريق IEP الخاص به بأن يتم وضع الطفل البالغ من العمر 9 سنوات في مدرسة خاصة نهارية مخصصة للطلبة من ذوي الاحتياجات الطبية والجسدية المكثفة. إن إنجازات David هي نتيجة للتربية الخاصة المكثفة، والمثابرة، والمحددة.

- التعاون المكثف. مدرسة David الخاصة تحتوي طاقم من المهنيين الطبيين والعلاجيين ومعلمين مرخصين بكل من رخص التربية الخاصة والعادية. كان David أول طالب يعتمد على آلة التنفس لينخرط فيُ المدرسة. دخل David إلى صفه الثالث على كرسي كهربائي مصغر ومكبر في الوقت نفسه الذي يتم دفعه للسير عن طريق دفع الهواء بما يشبه المصاصة التي توضع في الفم. يسمى نظام دعم الحياة الذي يستعمله باسم "فتحة التهوية"، والمثبت على خلف كرسيه مصدراً صوت تنفس عال. كما أنه كان على مقربة شديدة من الممرضة الخاصة التي كانت تراقبه طوال الوقت. تتذكر أمه الموقف وتصفه قائلة: "لقد كان أمراً مخيفاً، أعرف أن الجميع كان خائفاً".

كانت مهمة المدرسة في مساعدة الأسرة على التكيف على حياة مختلفة واستثارة David على استكشاف قدراته الجديدة. وعلى الرغم من أن الطاقم كان خبيراً في التعامل مع القضايا الصحية والجسدية الصعبة، إلا أن حالة David مثلت تحد مختلف، ووجود آلة التنفس والممرضة الخاصة أبرزت مقدار هشاشته. تقول المعالجة الوظيفية Ginette Howard: "يجب أن نعمل على رفع توقعات الجميع عن طريق التعامل مع David كطالب عوضاً عن التعامل معه كمريض!"

عمل فريق المدرسة التقني على دعم تعلم David في غرفة الصف. ضمت Howard معرفتها بالبرامج الحاسوبية التعليمية، والتكنولوجيا المعقدة، مع معرفة معلم الحاسوب Maryann Cic-chillo من أجل تزويد David بالأدوات اللازمة للقراءة، والكتابة، والحساب. تبع معلمو الصف خطواتهما، كما هو الحال مع ممرضته Gail Nolan، الذين كانوا ملتزمين بنموه الأكاديمي والاجتماعي. بُني تقدم David ببطء، ولكن بثبات وعلى أساس الثقة.

- تركيز غير محدود على التكنولوجيا. كان David مرعوباً من ترك المستشفى، لذلك كانت المهمة الأولى هي تثبيت آلة التنفس الخاصة به للاستخدام في غرفة الصف. تقول Howard "لقد تأكدنا من وضع غطاء بلاستيكي فوق لوحة التحكم لأنه كان خائفاً من احتمالية أن يقوم شخص ما باللعب بضبط الآلة." في السنة الآتية، أصبح أكثر ثقة وأكثر رغبة في تجربة تكنولوجيا جديدة. تقدم David من كونه انسحابياً ومتخوفاً إلى شخص واثق ويطور اهتمامات في تطبيقات الكمبيوتر. أصبح التحدي الآن في تزويده بمدخل نحو الكمبيوترات.

تقول Howard "كان David يستعمل أداة دعم الذقن لإبقاء رأسه مرفوعاً ويستطيع تحريك فمه." قامت Howard وCicchillo باختيار لوحة مفاتيح بديلة المدخل صغيرة الحجم تعمل عن طريق عصا كهربائية. وبالكثير من الجهد، يقوم David بالقبض على عصا الفم باستخدام أسنانه ويضغط برفق مستخدماً العصا الإلكترونية الموصولة بها على الصورة الموجودة على لوحة المفاتيح الحساسة. تتأكد Cicchillo من أن البرمجية التعليمية متوافرة لمعلمي David عن طريق شبكة المدرسة. وبالتدريج، تعوّد David على استعمال عصا الفم إلى الدرجة التي أصبح فيها مسؤولاً على نحو مستقل عن القيام بأعماله المدرسية.

* أهداف محددة نحو الاستقلالية والنجاح الأكاديمي. عملت دورات David على التكنولوجيا على زيادة مدى استقلاليته كطالب. يستخدم David برنامج التنبؤ بالكلمات word-prediction والاختصارات/الامتدادات من أجل تقليص عدد ضرباته على لوحة المفاتيح وزيادة سرعته في كتابة المهام المطلوبة منه. إنه متلهف لتجربة تكنولوجيا جديدة تتحدى مقدار دقته وتزيد من سرعته. تقول المعلمة Cicchillo "لا أستطيع اخبارك عن عدد المرات التي قمنا فيها باكتشاف البدائل التكنولوجية من أجل دعم المهمات البيتيه، والتقدم للامتحانات، والقيام بعلم تقرير ما."

يقول David "العلوم هو مادتي المفضلة" هذا اليافع متحدثاً بصوت ناعم، وبضجة التنفس. مختبر العلوم للمعلمة Dorothy Vann سهل الوصول إليه تماماً، ويحتوي على طاولات يمكن تعديلها ومغاسل منخفضة الارتفاع. كما أن المختبر مجهز بالبرامج والأدوات التكنولوجية التعليمية التي يحتاجها David من أجل مشاركة كاملة. في حصة الأحياء، يقوم بعرض شرائح مستخدماً ميكروسكوب صوتي يستخدم كاميرا صغيرة مربوطة بمشروع فيديوهات من الصور. تقول المعلمة Vann "أعرف أن David يستطيع القيام بأكثر مما قام بعمله هنا."

أصبح العمل مع David عملية متطورة لكل الاختصاصيين المتعاونين. وفي انعكاسهم لعملهم مع David، تعرف Howard وCicchillo على فترات "القطع" التي يجب على المعلمين والطلبة المعتمدون على آلات التنفس التغلب على مخاوفهما. وبحسب Vann، "يأخذ الأمر بعض الوقت حتى يتقبل أهداف النجاح ويؤمن بنجاحه الشخصي."

Jean B. Crockett كتبت بواسطة

يواجه مُستخدمي AAC ثلاثة تحديات محددة لا يواجهها من يقوم بالتواصل الطبيعي:

1. عادةً ما يكون AAC أبطأ بكثير من التواصل الطبيعي-ربما 20/1 من معدل الكلام الطبيعي. يمكن أن ينجم عن هذا الأمر قدر كبير من الإحباط لدى كل من مستخدمي AAC ومن يقوم بالتواصل الطبيعي.
2. مستخدمي AAC غير المحترفين يجب أن يعتمدوا على مفردات ورموز يختارها الآخرون. إذا لم يتم اختيار المفردات والرموز وغيرها من عناصر النظام، سوف يكون نظام AAC محدوداً في التعلم والعلاقات الشخصية التي يسمح بها.
3. يجب بناء AAC بطريقة يكون فيها مفيداً في العديد من المحتويات الاجتماعية، ويسمح بالتواصل الدقيق والفاعل من غير أدنى شعور بالتعب، ويدعم تعلم الشخص للغة والمهارات الاجتماعية.

يشترط التقدم في حقل AAC أن يتم التعامل مع جميع جوانب التحدي هذه في آن واحد. يزداد تركيز AAC على المعرفة بالقراءة والكتابة وعلى الحق في استخدام المواد المطبوعة، بما فيها الحق بالكتابة من أجل التواصل. إن التركز على مهارات القراءة والكتابة الأساسية يتوازى مع هذا التركيز لجميع الطلبة بغض النظر عن إعاقته في كثير من الأوجه (Yoder, 2001).

تعمل الزيادة الملحوظة في قوة ومدى توافر الإلكترونيات الدقيقة على إحداث تغيير دراماتيكي في القدرة على توفير AAC وعلى التأكد من أن كلمات المستخدمين يتم توصيلها للآخرين. من الممكن أن تقود التطبيقات الجديدة للإلكترونيات الدقيقة نحو اختراقات سوف تسمح للأفراد من ذوي الإعاقات الشديدة بالتواصل على نحو أكثر فاعلية، حتى لو كان لديهم محدودية كبيرة في التحكم بعضلاتهم. زد على ذلك أن برمجيات الإلكترونية الدقيقة المتوافرة حالياً تقترح طرقاً لتشجيع الأطفال على استخدام مهاراتهم اللغوية التي يمتلكونها.

يتوافر الآن الكثير من المعلومات حول AAC في الكثير من المواقع الإلكترونية. الجمعية الدولية للتواصل المساند والبديل the International Society for Augmentative and Alternative Communication (ISAAC) تنشر المجلة العلمية المسماة Augmentative and Alternative Communication، كما أن لها موقع إلكتروني بهذا الخصوص. يحتاج الوالدين لأن يبقوا على إطلاع بمدى توافر AAC والمعدات المطلوبة والتدريب الفاعل اللازم لأبنائهم.

الحياة مع الشلل الدماغي Life With Cerebral Palsy: Chris Featherly

اسمي Christopher Glen Featherly، وسوف أقوم بمحاولة إعطائك فكرة بسيطة عن طبيعة الحياة وأنت مصاب بالشلل الدماغي كما أعرفها.

أبلغ من العمر 18 عاماً، ولدت في مدينة Fort Worth، في ولاية Texas. أنا منخرط في مدرسة Bermen High School في مدينة Midlothian، في ولاية Illinois.

عندما أتيت من Texas للعيش مع جدي عندما كان عمري 5 سنوات، كنت أعرف القليل من الإشارات العامة للتواصل. لم تستطع جدتي العيش مع هذا الوضع، لذلك ذهبت إلى المكتبة للبحث عن كتاب خاص بلغة الإشارة. الآن، عرفت جدتي أن هناك ما هو أكثر من ذلك! يريدني نظام المدرسة أن أستخدم ثلاثة ملفات مكونه من 48 صفحة من الصور الخاصة بتواصلي، هل تراني قادراً على استخدام يدي اليمنى لتقليب 48 صفحة للتحدث مع شخص ما؟ لا أعتقد ذلك! أخذتني جدتي إلى Siegel Institute في وسط مدينة Chicago من أجل تقييم قدراتي الكلامية. قالوا "يحتاج هذا الطفل إلى أداة تحدث باللمس Touch Talker (أداة AAC؛ أنظر في الموقع www.prentrom.com لوصف عن هذه الأداة وغيرها).

..." أحزر ماذا قال أخصائي النطق في المدرسة، قال "لا، لا يمتلك هذا الولد أي لغة، وإذا حصل على واحدة (Touch Talker) فإنه لن يستخدم صوته في التكلم." خمن ماذا فعلت جدتي عندها؟ أخذتني إلى Homewood لرؤية معالج نطقي آخر. ماذا تعتقد أنه قال؟ قال "لك ما تريد، ستحصل على تلك الأداة." عندها عدنا للمدرسة، وكانت الإجابة مرة أخرى بالرفض، ثم أخبرتهم جدتي بأنها سوف تأخذني إلى Shriners، وإذا قالوا بأني بحاجة إلى Touch Talker، فسوف تكون هذه هي وسيلتي للاتصال. حسناً، ماذا تعتقد أنهم قالوا؟ نعم، إنها Touch Talker. الآن، نحن نعرف كيف شعرت المدرسة حيالها، وهذا يعني أنها كانت من حقنا. لقد كان الأمر كله عبارة عن كسب للوقت لتوفير المال ومن ثم شرائها لكي أتمكن من إخراج الأشياء من رأسي ومن ثم أضعها فيها. الآن، هل تدرك أي نوع من الجدات أملك؟

(كما أن Chris يصف-أيضاً-تحديثات البرمجيات والمعدات التي يحتاج بتقدمه ونموه، واستخدامه للمصادرة المتوافرة على الإنترنت)

المصدر: From Featherly, C. (2000). Life with cerebral palsy. In M. Oken-Fried & H. A. Bersani (Eds), Speaking up and spelling it out: Personal essays on augmentative and alternative communication (pp. 189-193). Baltimore: Paul H. Brooks. Reprinted with permission.

المشكلات السلوكية Behavior Problems:

بعض الأشخاص الذين يُظهرون بعض الإعاقات الشديدة أو المتعددة بعينها ينخرطون في سلوكات مُشكل مثل الاستثارة الذاتية، أو إيذاء الذات، أو نوبات الغضب، أو العدوان الموجه نحو الآخرين، أو أكثر من نوع منها. نحب أن نوجه عناية القارئ إلى أن ليس جميع الأشخاص من ذوي الإعاقات قليلة الحدوث، أو الشديدة، أو المتعددة يُظهرون المشكلات السلوكية التي نناقش هنا. لا ينخرط العديد من الأشخاص من ذوي الإعاقة السمعية-البصرية والعديد من ذوي TBI، أو التوحد، أو غيرها من الإعاقات الشديدة أو المتعددة، بهذه السلوكات المُشكل. وبالرغم من ذلك، معظم الأشخاص الذين يُظهرون هذه المشكلات هم من ذوي الإعاقات الشديدة أو المتعددة إلى مدى بعيد. أضف إلى ذلك، السلوكات من النوع الذي نناقشه هنا تضيف مستوى من التعقيد والجدية لأي إعاقة. لذلك، فإن إيجاد الحلول لهذه السلوكات المُشكل يُعد أمراً حاسماً في التعامل مع الأشخاص باحترام وفي مساعدتهم على المشاركة في نشاطات المدرسة والمجتمع العادية (أنظر Best et al., 2010; Heller et al., 2009).

هناك الكثير من الجدل يدور حول المشكلات السلوكية التي يُظهرها الأشخاص المعاقين بدرجة شديدة. يفترض بعض التربويون والمهنيون أن مثل هذه المشكلات ما كانت لتحدث-بكل بساطة-لو كان هناك برامج تدريسية مناسبة مقدمة لهم. يقترح البعض الآخر أن التقييم الوظيفي للسلوك **Functional Behavioral Assessment (FBA)**، والدعم السلوكي الإيجابي **positive behavioral support (PBS)**، والتدخلات غير المنفرة (مثلاً تلك التدخلات التي لا يكون فيها مكان للعقاب) سوف تكون كافية في جميع الحالات. لكن يدعي البعض الآخر أن الدعم السلوكي الإيجابي والتدخلات غير المنفرة غير كافية في بعض الحالات للتغلب على المشكلات السلوكية (أنظر مثلاً: Cullen & Mudford, 2005; Mulick & Butter, 2005; Newsom & Kroeger, 2005).

الاستثارة الذاتية SELF-STIMULATION: يمكن تعريفها على أنها أي سلوك متكرر ونمطي يبدو أنه ليس له من هدف آني واضح غير توفير الاستثارة الحسية. الاستثارة الذاتية (و هو شكل من أشكال الحركات النمطية) من الممكن أن يأخذ العديد من الأشكال، مثل إصدار الصوت باللعاب، تدوير الأجسام (مثل الألعاب)، رفرفة اليدين، التحديق الثابت بالأشياء، ومثلها من السلوكات. السلوكات المكررة والنمطية (أحياناً تسمى بالسلوكات النمطية) يمكن أن يكون لها العديد من الأسباب، بما فيها التبعات الاجتماعية، بالإضافة للاستثارة الحسية (Bodfish, 2007).

ينخرط كل شخص تقريباً، في وقت ما، بشكل من أشكال الاستثارة الذاتية، مثل عض الشفاه، أو نتف الشعر، أو قضم الأظافر، ولكن ليس بنفس المعدلات العالية التي تتصف بها الإعاقات. ينخرط الأطفال الرضع من غير المعاقين في سلوك الاستثارة الذاتية، وكذلك هو الحال بالنسبة للأشخاص الراشدين بطبيعة الحال، خاصة عندما يكونوا تعبين أو ضجرين. ما يميز هذه السلوكات عن المعيار الطبيعي هو معدلاتها العالية، وعدم لطفها، وعدم مناسبتها من الناحية الاجتماعية، فقط.

يصبح سلوك الاستثارة الذاتية مشكل عندما تحدث بمثل هذه المعدلات العالية التي تتداخل مع التعلم والتقبل الاجتماعي أو عندما تحدث بتلك الشدة التي تؤدي إلى الإصابة. ينخرط مع الأطفال من ذوي التوحد أو غيرهم من ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة pervasive developmental dis-orders في سلوكات الاستثارة الذاتية إلى الدرجة التي يتم استثنائهم فيها من خبرات التعلم الأكاديمية والاجتماعية. في معظم هذه الحالات يبدو أن تلك التدخلات الموجهة والاقتحامية هي ما سوف ينجح في مساعدة هؤلاء الأفراد على التعلم الأكاديمي وتعلم المهارات الاجتماعية (Kauffman & Landrum, 2009).

سلوك إيذاء الذات SELF-INJURIOUS BEHAVIOR (SIB): يعرف SIB على أنه سلوك جسدي متكرر يستغل الذات، مثل العض، أو الخدش، أو وخز الذات، أو ضرب الفرد لرأسه بجسم أو جدار، أو غيرها من السلوكات. وإذا تركت SIB من غير أي تدخل، فإنها تنتج عادة تشويه الفرد لذاته. يمكن أن تكون الاستثارة الذاتية متكررة ومكثفة إلى الدرجة التي تتطور فيها لتصبح SIB. إن وضع اليد في الفم هو سلوك استثارة ذاتي يقوم به جميع الأطفال؛ حتى أن بعض الأشخاص الراشدين غير المعاقين يمكن رؤيتهم أحياناً يقومون بوضع أيديهم في فمهم. ولكن، يصبح هذا السلوك سلوكاً مؤذياً للذات بالنسبة لبعض الأشخاص من ذوي الإعاقات النمائية الشديدة، مما ينجم عنه ضرر جدي في فقدان الجلد.

نوبات الغضب TANTRUMS: نوبات الغضب الشديدة من الممكن أن تتضمن العديد من السلوكات، بما فيها سلوك إيذاء الذات، والصراخ، والبكاء، ورمي أو تكسير الأشياء، والعدوان الموجه نحو الآخرين. في أحيان تكون الأحداث التي تُشعل نوبات الغضب هذه غير معروفة الأسباب، على الأقل بالنسبة للملاحظ العادي. ولكن، عادةً ما تنفجر نوبات الغضب متسببة عن طلب أو أمر بأن يقوم الشخص بشيء ما (ربما شيء يقوم به لرعاية ذاته أو مهمة أكاديمية ما)، وعادة ما تكون توابع نوبات الغضب بالطلب بأن ينسحب الشخص، وبهذا نعزز سلوك نوبة الغضب.

تفرض نوبات الغضب إعاقة على الشخص الذي يستخدمها من أجل تجنب التعلم أو القيام بأمور مهمة أخرى. فهي تعيق التفاعلات الاجتماعية، حيث أن معظم الناس يريدون تجنب التفاعل مع شخص من المحتمل أن يقوم بنوبة غضب. لا يقوم المعلمون وغيرهم من العاملين على نحو ناجح مع الطلبة من ذوي نوبات الغضب بسحب طلبهم المنطقي للقيام بأداء معين من الطالب. ما يقومون بعمله هو تعديل مطالبهم أو شروطهم بطريقة ما أو تبديل مطالبهم للأداء بطريقة تُطفئ نوبات الغضب.

العدوان الموجه نحو الآخرين AGGRESSION TOWARD OTHERS: ليست جميع السلوكات العدوانية الموجهة نحو الآخرين مرتبطة بنوبات الغضب. ينخرط بعض الأشخاص من ذوي الإعاقات الشديدة أو المتعددة في هجمات جسدية محسوبة تهدد أو تجرح الآخرين (Gardner, 2007). تأتي هذه الهجمات أحياناً من غير أي إنذار أو بعد مؤشر بسيط فقط على أن هجوم وشيك لا يمكن وقفه على وشك الحدوث وفقط الشخص الذي يعرف هذا الشخص على نحو جيد هو فقط من سيرى هذه العلامات.

نقص في مهارات الحياة اليومية LACK OF DAILY LIVING SKILLS: يشير إلى غياب أو عجز حقيقي في القدرة على العناية بحاجات الفرد الأساسية، مثل ارتداء الملابس، أو تناول الطعام، أو استخدام التواليت. يجب تعليم العديد من الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة على السلوكات التكيفية التي يُتوقع أن يقوم بها الأطفال والراشدون الأكبر سناً. تتضمن هذه السلوكات التكيفية مجموعة واسعة من المهمات التي تتضمن اختيار الملابس وارتدائهم، وتحضير الطعام وتناوله، والتهيئة للزواج، والتفاعل الاجتماعي، واستعمال النقود، واستخدام المواصلات العامة، ولعب الألعاب أو غيرها من النشاطات الترفيهية، وغيرها من المهارات (Snell & Brown, 2006).

التقييم الوظيفي للسلوك والتدخل والدعم الإيجابي السلوكي Functional Behavioral Assessment And Positive Behavioral Intervention And Support: عادةً ما ترتبط المشكلات السلوكية بسلوك الدماغ أو الإصابات الدماغية، حتى عندما لا يمكننا فهم الاضطراب. وكمثال هنا نستخدم التوحد الشديد، والذي عادةً ما يتضمن سلوكات الاستثارة الذاتية، أو إيذاء الذات، أو نوبات الغضب، أو جميعها. ولكن، هناك تركيز متزايد بين التربويون والمهنيين الآخرين على أن تحليل وتغيير البيئات التي يظهر فيها السلوك المشكل؛ بمعنى أن التركيز يكون على التأثيرات السلوكية الآنية والتي يمكن تبديلها عوضاً عن أسباب السلوك التي لا يمكن منعها أو أنها مجرد تاريخية (Best et al., 2010; Bodfish, 2007; Snell & Brown, 2006).

في الفصول السابقة، قدمنا فكرة التقييم الوظيفي للسلوك (FBA) والتدخل والدعم السلوكي الإيجابي (PBIS)، على نحو أساسي لأنها تنطبق على الطلبة من ذوي الإعاقات الأقل شدة (أنظر الفصول الرابع والسادس). ولكن من الممكن أن تكون هذه الإجراءات مهمة على نحو خاص بالنسبة للطلبة من ذوي الإعاقات الشديدة أو المتعددة. يستلزم FBA إيجاد لماذا أو تحت أي ظروف تظهر السلوكات المُشكل، ويتضمن PBIS خلق بيئة تدعم السلوك المناسب.

عادةً ما يكشف FBA عن الكيفية التي يستخدم فيها الطالب الاستثارة الذاتية، أو SIB، أو نوبات الغضب، أو العدوان الموجه ضد الآخرين. قد يتصرف الطفل على نحو غير مناسب من أجل الهروب أو تجنب النشاطات أو المهمات غير السارة أو غير المفضلة (Kauffman & Landrum, 2009). في كثير من الحالات، يجد الباحثون والعاملون أن الطالب لا يملك أي وسائل فاعلة ومؤثرة أخرى للتواصل. لذلك، تصبح المهمة هي في إيجاد الكيفية التي يستخدم فيها الطالب التواصل غير المناسب وتعليمه وسائل أكثر فاعلية، وتأثيراً، وقبولاً في إعلام الآخرين بما يريده أو يشعر به. قاد FBA إلى اكتشاف أن الأشخاص من ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة في بعض الأحيان يستخدمون السلوكات غير المناسبة للتواصل بخصوص العديد من الرغبات والحاجات (مثل "أنتبه لما أقوم به،" "دعوني أخرج من هنا،" ليس هناك ما أفعله،" "هناك الكثير علي القيام به،" "لا أريد القيام بهذا الأمر الآن.").

يخدم PBIS كوسيلة لتعليم الطلبة كيفية التصرف على نحو أكثر مناسبةً، وأن السلوك المناسب يعمل نحو هدف تواصلهم مع الآخرين. وفي حالة الطلبة من ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة، إن جعل PBIS جزء من إدارة السلوك في جميع أنحاء المدرسة، والبيت، والحي، والمجتمع هو أمر مهم على نحو خاص.

التدريس الفعّال Responsive Instruction

تلبية إحتياجات الطلبة من ذوي الإعاقات قليلة الحدوث، والمتعددة، والشديدة

التدخل والدعم السلوكي الإيجابي Positive Behavioral Intervention and Support

ما هو المقصود بالتدخل والدعم السلوكي الإيجابي PBIS؟

تشترط النسخة الجديدة التي صدرت مؤخراً من القانون IDEA بأن يقوم المعلمون، والأنظمة المدرسية، وكل أولئك المنخرطون في التعامل مع الطالب الذي يظهر سلوكاً مُتحدياً للتعامل مع السلوك المشكل عن طريق آلية تُسمى التدخل والدعم السلوكي الإيجابي (PBIS). يشير PBIS إلى العملية التي يتم فيها التعرف على الطرق البديلة والمقبولة للتواصل عن طريق تعليم سلوكات أكثر قبولاً و/أو تغيير البيئة من أجل تقليل احتمالية استثارة السلوك غير المناسب (Kogel, Kogel, & Dunlap, 1996). يختلف هذا الأسلوب في إدارة السلوك على نحو أساسي عن خطط تعديل السلوك التقليدية التي تركز على عزل السلوك المستهدف، إلا أنها لا تأخذ الأحداث الشخصية أو البيئية التي يحتمل أن تعمل على إثارة السلوك في الحسبان عندئذ. فعلى سبيل المثال، يمكن عزل السلوك غير المرغوب فيه من طالب يقوم بضرب رأسه على مقعده عن طريق جعله يرتدي خوذة واقية. وعلى الرغم من أن هذا الحل قد يبدو مقبولاً، إذا ما بدأ الطالب بإظهار علامات الملل أو ظهور زميل له في الصف مثير لقلقه، إلا أن الخوذة الواقية لا تتعامل مع وظيفة السلوك، وعلى الأرجح أن سلوكات أخرى سوف تظهر كاستجابة لمصدر السلوك الأساسي.

في المقابل، يقود افتراضان أساسيان ممارسات PBIS: (1) كل سلوك يحمل نوايا تواصلية معينة، و(2) عادةً ما يؤثر مجموعة من العوامل في وجود سلوك معين. لذلك، تتضمن التدخلات المرتكزة على هذه الافتراضات القياس الوظيفي للسلوك (FBA) (Horner, Vaughn, Day, & Ard, 1996). يسعى FBA إلى التعرف على أهداف السلوك والظروف البيئية المساندة له. تقود نتائج مثل هذا القياس إلى تطوير خطة متعددة الأوجه التي من الممكن أن تتضمن تغيير الأحداث الموقفية، وتغيير الأحداث التي تسبق السلوك مباشرة، وتعليم استجابات بديلة للموقف، وتوفير تعزيز ذي معنى من أجل الحث على الاستجابات المناسبة (Horner et al., 1996).

تطبيق نتائج البحوث في التدريس

الاستراتيجيات الداعمة الآتية جميعها منخرطة في تطبيق PBIS:

1. إزالة النشاطات المحبطة جداً (مثل، المهمات الصعبة، النشاطات غير المرغوب فيها).
2. اختيار منهاج وظيفي وذي معنى (من وجهة نظر الطالب).
3. خفض المخاوف والقلق حول موقف ما عن طريق الإجراءات الاستباقية precorrection (مثل أن يقترح المعلم ما على الطلبة القيام به عندما يشعرون بالإحباط).
4. تعليم طرق أكثر مناسبة لطلب الأشياء أو للتعبير عن النفس.
5. استخدم تعديل السلوك من أجل تعزيز السلوكات غير المرغوب فيها والتواصل غير المناسب.
6. خلق نشاطات تبني على اهتمامات ونقاط قوة الطالب

كتبت بواسطة Kristin L. Sayeski

التدخل المُبكر Early Intervention:

يتم تمييزُ غالبية الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمُتعددة عند الولادة أو بعد ذلك بقليل لأن إعاقاتهم ملحوظة جدا لآبائهم وأمهاتهم، وللأطباء، و/ أو الممرضات. يتطلبُ بعض حديثي الولادة من ذوي الإعاقات الشديدة والمُتعددة علاجاً طبياً شاملاً ولذا يتم وضعهم فوراً في وحدة العناية المُشددة لحديثي الولادة Neonatal Intensive Care Units (NICUs)، NICUs والتي تُكافئ وحدات العناية المُشددة Intensive Care Units (ICUs) للأطفال والبالغين الأكبر، حيث يتلقون فيها مراقبة على مدى الساعة للوظائف الجسدية، ويتكون فريق NICUs من مُختصين مُتنوعين وأخصائيي علاج وظيفي وأخصائيين اجتماعيين. ولأن NICUs عالية التكلفة للموظفين والإدارة، فإنها لا تتواجد في كافة المُستشفيات، ولذلك، يتم نقل حديثي الولادة أحيانا من مُستشفى إلى آخر يحتوي على NICUs، وعلى الرغم من أن الرضع يكونون تحت اشراف طبي ثابت، إلا أن غالبية السلطات تتفق على ضرورة السماح للوالدين بقضاء أكبر وقت ممكن مع رضعهم من حديثي الولادة لتعزيز الإرتباط بينهم وبين الرضيع، وبعض NICUs تسمح للوالدين "بالبقاء" مع رُضعهم.

تتفق السلطات على ضرورة لتشجيع الوالدين على قضاء ما أمكن من الوقت -كلما كان ذلك مُمكنا- مع الرضع الذين يتم الإعتناء بهم في وحدات العناية المُشددة لحديثي الولادة NICUs .

قد يبدو أطفال آخرون من ذوي الإعاقات الشديدة والمُتعددة نموذجيين عند الولادة ولكن يتم تمييزهم كأطفال من ذوي الإعاقات النمائية المستمرة خلال السنوات الأولى من حياتهم، وفي حالة TBI، قد يتطور الطفل على نحو طبيعي حتى التعرض للحادثة التي تُسبب التلف الدماغي الشديد، ولذلك لابد أن يتم تقديم التدخل المبكر: (1) مُبكراً في حياة الطفل و(2) فوراً بعد اكتشاف الإعاقة.

إن قسم الطفولة المُبكرة Division for Early Childhood (DEC)، التابع لمجلس الأطفال المعوقين Council for Exceptional Children (CEC)، أوصى بتوصيات مبنية على ستة معايير تُعد ضرورية لبرامج التربية الخاصة في الطفولة المُبكرة: (1) المُمارسات المبنية على القيم أو الأبحاث (2) المُمارسات المبنية على الأسرة (3) المنظور مُتعدد الثقافات (4) التعاون بين التخصصات (5)

المُمارسات التطورية والزمنية المُناسبة للعمر (6) التمسك بمبدأ الدمج (Dunst, 2011; Noonan & McCormick,2006).

المُمارسات المبنية على القيم أو الأبحاث REASEARCH OR VALUE-BASED PRACTICES: لابد أن تُبنى برامج التدخل المُبكر كلما كان ذلك مُمكنا على الأساليب التي عكست الدراسات فعاليتها (Dunst, 2011; Morris & Mather, 2008). ولسوء الحظ، فمن غير المُمكن دائما تنفيذ كافة البحوث الضرورية قبل تبني الأسلوب أو النهج، لقد أوصت لجنة عمل CEC بأن البحث حين لا يُقدم دليلاً حاسماً على فاعلية الأسلوب، لابد أن يُبنى الأسلوب على القيم التي يتبناها مُجتمع التربية الخاصة في الطفولة المُبكرة، وتُقدم بعض المُمارسات المبنية على القيم مُمارسات فردية لكل طفل وأسرة، وتجعلُ التواصل مع أفراد الأسرة بطريقة غير أبوية وباحترام ورعاية مُتبادلة في بيئات مركزية آمنة ونظيفة، وتُقدم فرصاً للأسر للوصول إلى صنع القرار الطبي.

المُمارسات المبنية على الأسرة FAMILY-CENTERED PRACTICES: في البداية، تتجاهل الفلسفة السائدة لبرامج التربية الخاصة في الطفولة المبكرة الآباء والأمهات والأسر في أفضل الأحوال أو تُبرزهم على نحو رئيس كمُؤثرات سلبية مُحتملة على الطفل ذي الإعاقات، وحين تدمجُ برامج التدخل المبكر الوالدين، فإن الإفتراض غالبا ما يكون بأن الوالدين لديهم القليل لتقديمه ويحتاجون إلى التدريب لتطوير مهاراتهم الوالدية، وعلى الرغم من صحة أن بعض الوالدين يحتاجون إلى التعليم حول كيفية أن يُصبحوا والدين أفضل، إلا أن هذا الأمر غير مُرضي لغالبية الآباء والأمهات، الذين يكونون قادرين جدا على ذلك. ولذلك، تُوصي السلطات بأن لا يفترض الشخص قلة ما لدى الوالدين أو عدم وجود شيء ليقدموه، وبدلا من ذلك لابد أن يفترض بأن الوالدين والأشقاء والأسرة المُمتدة يمكن أن يكونوا جزءا تكامليا ومُقدرا من العملية التعليمية للأطفال الصغار من ذوي الإعاقة.

وكما بحثنا في الفصل (الأول)، فإن الـ IDEA ميز أيضا بأن الوالدين والأسر لابد أن يكونوا محور العملية التعليمية للرضع وأطفال الحضانة، ويُعد مُتطلب خطط الخدمات الأسرية الفردية (IFSP: Individualized Family Service Plan) في الحقيقة قاعدة تكون الأسرة مركزها في عملية صنع القرار للطفل، وتعني الفلسفة المُرتكزة على الأسرة أخذ الأولويات والإحتياجات الأسرية المُحددة بعين الإعتبار عند تطوير خطة التدخل التربوي للطفل.

منظور الثقافات المُتعددة MULTICULTURAL PERSPECTIVE: في ضوء الخصائص السكانية العرقية المُتغيرة في الولايات المُتحدة، من الضروري أن تتمتع كافة برامج التربية الخاصة بالحساسية الثقافية، وتكمن أهمية الحساسية الثقافية حين يتبنى أخصائيو التدخل المُبكر المنظور مُتعدد الثقافات لأن الوالدين غالبا ما يستمرون في التعايش مع ضغط تشخيص طفلهم بالإعاقة (Dunst, 2001; Noonan & McCormick, 2006)، ومن الضروري وجود شخص واحد على الأقل في البرنامج بمقدوره الحديث بلغة الأسرة، وبذلك يكون التواصل مُقدرا ومُهتما وحساسا. ومن المهم تقديم الخدمات غير المُتحيزة وغير التمييزية مع مُراعاة الإعاقة والجنس والعرق والديانة والتوجه

الثقافي. قد يكون السبب الأكثر أهمية فيما يتعلق بمنظور تعدد الثقافات على أية حال هو تقديم الخدمات الفعالة (Kauffman, Conroy, Gardner, & Oswald, 2008).

التعاون بين التخصصات CROSS-DISCIPLINARY COLLABORATION: نظرا للحاجات المُتنوعة للرضع والأطفال الصغار ذوي الإعاقات الشديدة والمُتعددة، فإن أفضل قواعد المُمارسات هي مُشاركة المُختصين من مُختلف التخصصات. ومن الضروري أن يتعاون هؤلاء المُختصين بطريقة تنسيقية لتقديم خدمات عالية الجودة، وتتنوع نماذج التقاطع بين التخصصات، ولكن السمة الأكثر ضرورة للنجاح هي أن يعمل المُختصون في كل المجالات عملاً مُتعاوناً وليس مُستقلاً، وتُؤمن بعض السلطات بضرورة توافر الرغبة لدى المُختصين في مُشاركة الأدوار.

الممارسات الملائمة للعمر الزمني والتطوري DEVELOPMENTALLY AND CHRONOLOG-ICALLY AGE-APPROPRIATE PRACTICES: لقد استُخدم مُصطلح الممارسة الملائمة تطورياً Developmentally Appropriate Practice (DAP) مُسبقاً من قبل الجمعية الوطنية لتربية الأطفال الصغار (NAEYC)، وهي مُنظمة تركز على التربية في الطفولة المبكرة للأطفال من غير ذوي الإعاقات، ويعود مُصطلح الممارسة المُلائمة تطورياً إلى استخدام الطرق التعليمية التي تكون ضمن المُستويات التطورية للطفل والتي تُلبي حاجاته الفردية، ويتفق العديد من مُعلمي التربية الخاصة في الطفولة المُبكرة مع فكرة DAP، إلا أنهم يُؤمنون بأنها لابد أن تُوازن بين الحاجة لاستخدام الأساليب التربوية التي تُلائم العمر الزمني أيضاً، ويُؤمنون بأن الأطفال الصغار من ذوي الإعاقات لابد أن يتم تعليمهم لأقصى درجة مُمكنة بجانب أقرانهم الذين يُقاربونهم في العمر من غير ذوي الإعاقة، بدلا من تعليمهم مع أقارنهم الأصغر سناً.

الانتقال إلى مرحلة الرشد Transition to Adulthood:

إن الانتقال إلى مرحلة الرشد هو وقت حرج لغالبية الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة والمُتعددة. لقد خطت التربية الخاصة خطوات واسعة فيما يتعلق بتطوير خدمات الانتقال للأشخاص ذوي الإعاقة، وتم تحقيق غالبية هذا التطور بسبب تغير الفلسفة المُتعلقة بكيفية التعاطي مع الأشخاص ذوي الإعاقة، وهذا التغيير يتضح على نحو كبير في التعاطي مع الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة والمُتعددة، فمثلا، ومنذُ عهد قريب، كانت الوظيفة الأمثل التي يحلم بها الأشخاص ذوي الإعاقات هي العمل في المشاغل المحمية، أما الآن وعلى أية حال، هناك مدى واسع من الخيارات المُتاحة، تتضمن بالنسبة لبعض الأشخاص التوظيف التنافسي مع العاملين من غير ذوي الإعاقة.

تغير الفلسفة CHANGING PHILOSOPHY: يُمكننا الإشارة إلى مبدأين على الأقل من مبادئ برامج الانتقال والتي تعكس تغير الفلسفة المُتعلقة بالتعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة بكرامة أكثر (Westling & Fox, 2000)، في البداية، وكما أشرنا في الفصل الثاني، فهناك تأكيد على أهمية توكيد الذات، وكجزء من هذا التأكيد، طور المُختصون عدداً من الخطط المُرتكزة على الشخص، والتي تُركز على تفضيلات الطلبة وأُسرهم في التخطيط المُستقبلي (Snell&

Brown,2006)، وعلى الرغم من أن التخطيط المُرتكز على الشخص هو الآن جزء من غالبية برامج الأشخاص ذوي الإعاقات المُتعددة، يرى البعض بأن هذه الخطط ليست مُفيدة كثيراً (Osborne, 2005).

ثانيا، ترى السلطات الآن بأن الدعم الطبيعي هو جزء مُكمل للتخطيط للإنتقال، وبدلا من ابتكار خدمات جديدة على نحو دائم لتلبية حاجات الأشخاص المُحددة باستخدام الدعم الطبيعي، يُجرب المُختصون في البداية الوصول إلى المصادر المُتاحة الموجودة تلقائياً في مكان العمل أو المُجتمع، وبمُراعاة العمل، قد يعني استخدام الدعم الطبيعي تدريب عاملين مُساعدين لتقديم المساعدة بدلا من الإصرار على أن مدرب المهنة هو مُتطلب ضروري. مع التقدير للحياة المُجتمعية، فإن استخدام الدعم الطبيعي قد يعني بأن الشخص ذي الإعاقة يمكنه العيش في شقة مع تقديم المُساعدة في المهارات الحياتية اليومية من الجيران أو أفراد الأسرة أو المُرافق المدفوع له، بدلا من العيش في أوضاع الإقامة الدائمة مع مرافقين آخرين.

البرمجة لأغراض التأهيل المهني Vocational Programming: لابد أن يتضمن البرنامج التربوي الفردي للطالب على الخطة الانتقالية، على أن لا تبدأ بعد السادسة عشرة من العمر (وفي سن الرابعة عشرة كلما كان ذلك مُمكنا)، إن الخطة الإنتقالية لابد أن تتضمن التوصيات حول كيفية تهيئة الطالب لعالم العمل و/ أو للتربية أو تدريب ما بعد المرحلة الثانوية.

بالنسبة للعديد من الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة، لابد أن يبدأ التدريب المهني في المرحلة الثانوية، لأنهم قد يحتاجون إلى سنوات لاكتساب كافة المهارات اللازمة لأداء مهام الوظيفة بنجاح، وفي المدرسة الأساسية، لابد أن يتضمن التدريب تعلم الالتزام بالجدول، وبناء المهارات الاجتماعية، وأداء المهام التي تشبه العمل (مثال: المُساعدة في جمع نقود الغداء)، والبدء بالتعرف على أنماط الوظائف المُختلفة.

في المدرسة الثانوية، يتم التركيز على مُشاركة الطلبة في أوضاع العمل الحقيقية في المجتمع بمساعدة مُدرب العمل، ولابد أن يُشارك الطلبة في اختيار الأماكن التي لابد أن تتنوع على نحو كاف بحيث يُجرب الطلبة عينة جيدة من أنواع الأعمال المتاحة ويحددون ما يجدون أنفسهم جيدين فيه ويستمتعون به. في المراحل الأولى، قد يتطلب هذا تطوع الطلبة في أنماط مُختلفة من الأماكن. ولاحقا، من المفضل للطلبة المشاركة في أماكن العمل التي تدفع لهم، فالدفع لهم يجعل الخبرة أكثر واقعية ويُقدم فرصة للطلبة للتعامل مع النقود.

مهارات العيش المنزلية والمُجتمعية Community And Domestic Living Skills: كما أشرنا في الفصل الثاني، تتضمن مهارات العيش المجتمعية استخدام المواصلات، والتسوق، واستخدام الهاتف، والتعامل مع النقود، واستخدام الشبكة الإلكترونية، أما مهارات العيش المنزلية فتتضمن إعداد الوجبات، والغسيل، والتدبير المنزلي، وصيانة المكان، وما إلى ذلك، ولأن الطلبة ليسوا بعيدين من الوقت الذي سينتقلون فيه من منازل أسرهم ولأن تعليم المهارات المنزلية غالباً ما يتم ضمن

مجموعات صغيرة، فهناك بعض الفوائد من استخدام مكان غير منزلهم، لذلك، غالباً ما تُعلم مهارات العيش المنزلية في الأوضاع المدرسية، مثل صفوف الاقتصاد المنزلي، ومقصف المدرسة.

سبب آخر لاستخدام المدرسة كمكان تعليمي لبعض الوقت هو التأكيد على أن الطالب ذا الإعاقة لديه الفرصة للتفاعل مع أقرانه من غير ذوي الإعاقة، ويُوفر الدمج في المدارس العامة فرصاً اجتماعية للطلبة وتُعد المهارات الإجتماعية مهمة للنجاح في الدمج داخل المجتمع ومكان العمل (Everson& Trowbridge, 2011; Inge & Moon, 2011).

لقد تضمنت الثلاثون إلى الأربعين سنة الماضية انجازات هائلة في تهيئة الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة والمُتعددة لتوجيه حياتهم الإنتاجية كبالغين، ولمدى ليس ببعيد كان الأشخاص ذوو الإعاقات الشديدة والمُتعددة يُوضعون في مُؤسسات الإقامة الدائمة ويتصلون بدرجة بسيطة بالعامة. اليوم، ومن خلال التعليم المُكثف والشامل ودعم المُختصين المجتمعيين، يطمحُ العديد من الأشخاص ذوي الإعاقات الشديدة والمُتعددة للعمل بجانب الأشخاص من غير ذوي الإعاقة والعيش باستقلالية أو على نحو شبه مستقل بمُفردهم أو ضمن أوضاع الإقامة المُجتمعية Community Residential Facilities (CRF).

ملخص الفصل SUMMARY

ما هو تعريف الإعاقات قليلة الحدوث، والمتعددة، والشديدة، وما هي نسبة الانتشار؟

الإعاقات قليلة الحدوث، والمتعددة، والشديدة هي تلك الإعاقات التي تحدث نسبياً على نحو غير متكرر وتتطلب دعماً مكثفاً في أكثر من واحدة من نشاطات الحياة الرئيسية، مثل التنقل، والتواصل، والعناية بالذات، والعيش باستقلالية، والعمل، والكفاية الذاتية. ربما يعاني ما يقارب 1% أو أقل من جميع ممن هم في سن التعلم من الإعاقات النادرة، والمتعددة، والشديدة.

ما هي إصابات الدماغ الصادمة TBI، وكيف يمكن أن تؤثر في التعلم؟

إصابات الدماغ الصادمة هي إصابات تحدث للدماغ تُنتج إعاقة كلية أو جزئية، أو سوء تكيف نفسي-اجتماعي، هذه النواتج تؤثر في أداء الفرد التربوي.

- قد تكون ناجمة عن إصابات الدماغ المغلقة أو إصابات الدماغ المفتوحة.
- من الممكن لهذه الإصابات أن تؤثر في الجوانب المعرفية، أو اللغوية، أو الذاكرة، أو الانتباه، أو الاستنتاج، أو التفكير المجرد، أو القدرة على إصدار الأحكام، أو حل المشكلات، أو إعاقات في الجوانب الحسية أو الإدراكية والحركية، أو السلوك النفسي الاجتماعي، أو الوظائف الجسدية، أو معالجة المعلومات، أو الكلام، والتي هي جميعاً مهمة للمدرسة.

كيف يتم تعريف الإعاقة السمعية-البصرية، وما هي مشكلات التربية الخاصة المتضمنة نتيجة لها؟

تعرف الإعاقة السمعية-البصرية على أنها إعاقات جدية في كل من السمع والبصر، على الرغم من أن الشخص يمكن أن يكون قد بقي لديه بعض البصر أو السمع.

- من الممكن أن يتسبب العديد من المتلازمات الجينية والكروموسومية، وظروف ما قبل الولادة، وظروف ما بعد الولادة في حدوث الإعاقة السمعية-البصرية.
- الشخص المعاق سمعياً-بصرياً يواجه صعوبة في الوصول إلى المعلومات، والتواصل، والتنقل في البيئة.
- يتطلب الشخص المعاق سمعياً-بصرياً تدريساً مباشراً، وروتينات محددة ومتنبأ بها، وتركيزاً على التواصل والحركة.

ما هي الاعتبارات التربوية التي تنطبق على العديد من الطلبة من ذوي الإعاقات قليلة الحدوث، والمتعددة، والشديدة؟

من الاهتمامات التي تنطبق على العديد من المصابين بهذه الإعاقات: التواصل، والإدارة السلوكية، والتدخل المباشر، والانتقال إلى مرحلة الرشد.

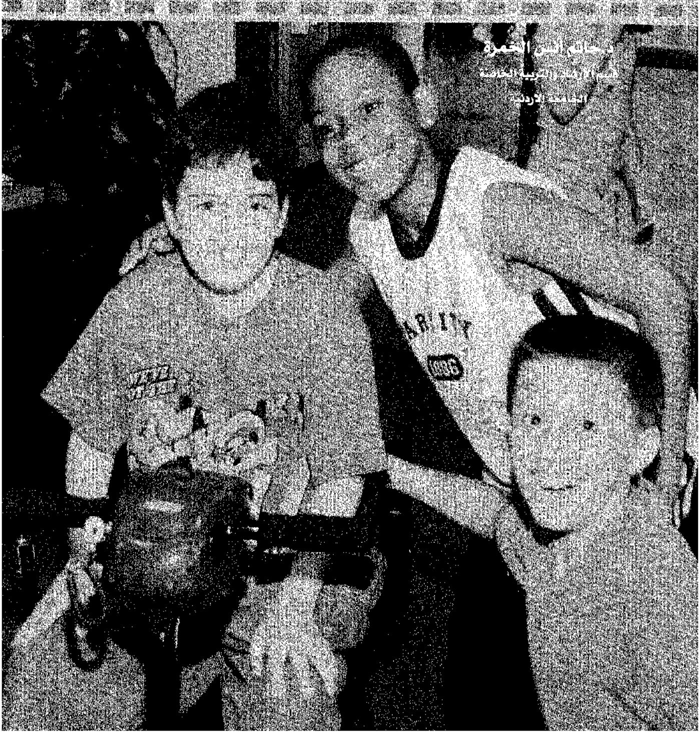
- تُعد وسائل التواصل المعززة والبديلة (AAC) أمراً مهماً بالنسبة لأولئك الذين لا يستطيعون التواصل على نحو فاعل عن طريق الكلام.
- تتطلب المشكلات السلوكية الشائعة تعاملاً خاصاً بما فيها الاستثارة الذاتية، وإيذاء الذات، ونوبات الغضب، والعدوان الموجه نحو الآخرين، النقص في مهارات الحياة اليومية؛ وجميعها تتطلب القياس الوظيفي للسلوك والدعم السلوكي الإيجابي.
- يجب أن يستند التدخل المبكر إلى كل من البحوث والقيم؛ ويجب أن يكون مرتكزاً على الأسرة، ومتعدد الثقافات، ويتشارك به مجموعة من الاختصاصيين، ومناسب لعمر الطفل، ويسعى نحو التطبيع.
- الانتقال إلى مرحلة الرشد يجب أن يقدر عالياً مفاهيم التخطيط المبني على الفرد والدعم الطبيعي، ويتميز بوجود برامج مهنية، ويتضمن مهارات المعيشة المنزلية وفي المجتمع الذي يعيش فيه.

الفصل **11**

الطلبة ذوو الإعاقات الجسمية والصحية

Learners With Physical Disabilities and Other Health Impairments

د. حاتم أنس الخمرة
قسم الإرشاد والتربية الخاصة
الجامعة الأردنية



نزل جيم إلى الساحة بتثاقل، أحس أنه غاضب على العالم أجمع، وقد كان غاضبا على أعمامه وأمه لأنهم أجبروه على القدوم هنا اليوم. وفكر بالعودة والجلوس في شاحنة عمه ولكن رجليه لم تساعداه في الرجوع وهو يمشي أسفل المنحدر. في نطاق آخر هنالك بين، بين طفل وصل إلى أعلى مبنى في العالم، ودخل إلى صالة الاستقلال الأمريكية. وكان تفكير جيم طوال هذا الوقت، بماذا يجب أن أتكلم مع طفل مثل بين، طفل شاهد الكثير في حياته، طفل مصاب بشلل الأطفال. وعندما وصل إلى بين، أخذ نفسا عميقا وقال: مرحبا بين، فرد عليه بين "مرحبا جيم". ووقفا الاثنان يتطلعان إلى بعضهما بعضا وقاما بالتصافح كأنهما مجبران على ذلك. تطلع جيم إلى قدمي بين، وعندها قام بين بالضرب على رجله اليمنى قائلا " هذه هي، أنا لا أستطيع تحريكها" فأجاب جيم " أنا آسف لذلك" فرد عليه بين" لا عليك، كان من الممكن أن يكون الوضع أسوأ من ذلك" وحرك رجله اليسرى قائلا " لا زالت هذه تعمل"

يتوقع بعد قراءتك لهذا الفصل أن تعرف الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- ما هو تعريف وتصنيف الإعاقات الجسمية؟
- ما هي نسبة انتشار الإعاقة الجسمية، وما هي حاجتها للتربية الخاصة؟
- ما هي أهم الإعاقات العصبية الحركية؟
- ما هي أهم الإعاقات العظمية والعضلية؟
- ما هي الظروف التي تؤثر في الصحة أو في القدرة الجسدية؟
- كيف يمكن الوقاية من الإعاقات الجسمية
- ما هي الخصائص النفسية والسلوكية للأفراد ذوي الإعاقات الجسمية؟
- ما هي الأدوات المعينة، والأطراف الصناعية والتعويضية؟
- ما هي أهم الاعتبارات التربوية الخاصة بالإعاقة الجسمية؟
- لماذا يُعد التدخل المبكر مهما، وعلى ماذا يجب أن تركز؟
- ما هي أهم القضايا المتعلقة بالانتقال للطلبة ذوي الإعاقات الجسمية؟

بعض الاعتقادات الخاطئة والصحيحة حول الطلبة ذوي الإعاقة الجسمية والصحية

الاعتقاد الخاطيء: يُعد الشلل الدماغي من الأمراض المعدية

الاعتقاد الصحيح: الشلل الدماغي ليس مرضا. إنه أصابة عصبية غير متطورة. إنه اضطراب يؤثر في تحكم وتناسق العضلات سببه إصابة في الدماغ قبل أو أثناء الولادة أو في مرحلة الطفولة المبكرة.

الاعتقاد الخاطيء: تقل نسبة الإعاقات الجسمية بسبب التطور الطبي

الاعتقاد الصحيح: يزداد عدد الأطفال المعوقين جسميا بسبب التطور في التكنولوجيا الطبية. وينطبق ذلك أيضا على الأفراد ذوي المشكلات الطبية الحرجة أو الذين يتطورون على نحو عادي كالنشاط الزائد أو صعوبات التعلم أو المعوقين عقليا حيث يزداد عددهم أيضا.

الاعتقاد الخاطيء: إن المشكلة التربوية الكبرى للأطفال المعوقين جسميا هي التعليم المتخصص.

الاعتقاد الصحيح: إن أكبر المشكلات التربوية هي تعليم الأطفال العاديين معنى أن يكون للشخص إعاقة جسمية وكيفية التعامل والتكيف معها.

الاعتقاد الخاطيء: كلما زادت شدة الإعاقة الجسمية كلما انخفض مستوى الذكاء

الاعتقاد الصحيح: من الممكن أن يكون الفرد معاقا جسميا بدرجة شديدة كالشلل الدماغي او أي حالة أخرى ومع ذلك فإن معدل ذكاءه مرتفع.

الاعتقاد الخاطيء: الأفراد المشخصون بالصرع مريضون نفسيا

الاعتقاد الصحيح: الأفراد المشخصون بالصرع ليسوا أكثر أو أقل عرضة للإصابة بالمرض النفسي من الأشخاص غير المصابين بالصرع

الاعتقاد الخاطيء: التهاب المفاصل يصيب كبار السن فقط

الاعتقاد الصحيح: من الممكن الإصابة بالتهاب المفاصل في أي مرحلة عمرية، حتى الصغار.

الاعتقاد الخاطيء: الإعاقة الجسمية تعمل على تكوين شخصية الفرد

الاعتقاد الصحيح: الأفراد المعاقون جسميا لديهم نفس الخصائص الشخصية الموجودة لدى الأفراد العاديين، وليس هناك اي خصائص شخصية محددة مرتبطة بهؤلاء الأفراد.

الاعتقاد الخاطيء: إذا تعلم الطفل ذو الشلل الدماغي أو العمود الفقري المفتوح مشية محددة، فسيبقى محافظا عليها طوال حياته.

الاعتقاد الصحيح: إن التدخل المستمر طوال مراحل الحياة مهم جدا، بحيث أنه إذا لم يستمر الدعم والتدريب الجسمي المستمر فبالإمكان أن يجد الفرد صعوبة في الحفاظ عليها أو حتى فقدان القدرة على المشي حتى وإن تعلمها في الصغر.

لعل من المفيد أن نذكر أن الثقافة الغربية تشهد في الوقت الراهن انشغالاً كبيراً من جانب العديد من الأفراد بأجسامهم حيث إنهم لا يريدون أن يكونوا أصحاء أو أقوياء فحسب، ولكنهم يرغبون في أن يبدون أكثر جمالاً وجاذبية للآخرين. ومن ثم فهناك الكثيرون الذين ينشغلون بأجسامهم أكثر من اهتمامهم برفاهيتهم حيث قد يعرضون أنفسهم للمخاطر الصحية حتى يبدون أكثر جمالاً من الناحية الجسمية. وبالتالي فإن من يعانون من الإعاقات الجسمية يحاربون في جبهتين اثنتين في ذات الوقت تتمثل الأولى في محاولة التغلب من جانبهم على جوانب القصور التي تفرضها عليهم حالتهم الجسمية الراهنة، أما الثانية فتتمثل في محاولتهم نيل تقبل الآخرين لهم.

وغني عن البيان أن كثيراً من الأفراد العاديين غالباً ما يطيلون النظر إلى الأفراد المعوقين جسمياً، أو يخشونهم، أو يضايقونهم، أو يرفضونهم اجتماعياً، أو يعاملونهم بقسوة إذ أنهم أحياناً ما يشعرون بالخجل من إعاقات لا توجد لديهم هم أنفسهم دون أن يبدوا أي فهم لمشاعر الفرد الذي يعاني فعلاً من تلك الإعاقة، وقد يشعر آخرون من جانب آخر أن الإعاقة الجسمية المكتسبة ينبغي أن تترك تأثيراً كبيراً على شخصية الفرد. ويبدو ذلك جلياً في تلك القصة التي ذكرها توني إيرليTony Earley عن جيم Jim وصديقه بين Penn المصاب بشلل الأطفال حيث أبدى جيم مشاعر مختلطة من الغضب والخوف عندما رأى صديقه لأول مرة وهو على تلك الحالة. وفي الواقع فإن معظمنا قد توجد لديه مثل هذه المشاعر والتساؤلات بغض النظر عن أعمارنا الزمنية، كما أن الكثيرين من الأفراد المعوقين جسمياً يشاركون بين Penn في الأمر الواقع الذي تفرضه عليهم إعاقاتهم، ولهفتهم في الحصول على تقبل الآخرين لهم، وعلى مسايرة الحياة بأحداثها المختلفة.

وعلى الرغم من أنه قد تم التخلص تقريباً من شلل الأطفال في العديد من دول العالم وذلك عن طريق التطعيم اللازم فإن الكثير من الأسباب الأخرى التي تؤدي إلى الشلل الجزئي وغيره من الإعاقات الجسمية الأخرى لم يتم الحد من تأثيرها حتى الآن حيث لا يزال لها تأثيرها في هذا الصدد. كما أن الاتجاهات نحو الإعاقات الجسمية لم يتم تغييرها بدرجة كافية وهو الأمر الذي يجعل الأطفال المعوقين جسمياً يواجهون الكثير من المشكلات التي تتجاوز مشكلة تقبلهم من جانب الآخرين حيث يُعد أداء المهام الحياتية البسيطة بالنسبة للكثيرين منهم بمثابة معجزة سواء كانت هذه المعجزة صغيرة أم كبيرة.

التعريف والتصنيف Definition and Classifiation:

سوف نتناول في هذا الفصل أولئك الأطفال التي تتمثل الخصائص الأولية المميزة لهم في المشكلات الصحية أو الجسمية. ويمكن تعريف الأطفال المعوقين جسمياً أو صحيا بأنهم أولئك الأطفال الذين تتعارض أوجه القصور الجسمية التي يعانون منها أو المشكلات الصحية التي يخبرونها مع انتظامهم في الحضور إلى المدرسة أو التعلم وذلك إلى الحد الذي يجعلهم في حاجة إلى خدمات التربية الخاصة أو ما يتم تقديمه خلالها من تدريب، أو أجهزة تعويضية، أو أدوات معينة، أو تسهيلات أخرى. وقد يعاني هؤلاء الأطفال المعوقين جسمياً من إعاقات أخرى من أي نوع، أو قد تكون لديهم مواهب خاصة وهو الأمر الذي يجعل الخصائص المميزة لهؤلاء الأطفال تتباين بدرجة

كبيرة. وإذا كانت الحالة الجسمية للطفل هي التي تستحوذ على القدر الأكبر من الاهتمام به فإنه حينما يكون لمثل هذه المشكلات الجسمية دلالاتها التربوية فإن الأمر يتطلب اللجوء إلى أولئك المتخصصين في التربية.

ومن الجدير بالذكر أن الإعاقات الجسمية تتباين بدرجة كبيرة حيث قد يوجد لدى الأطفال على سبيل المثال بعض جوانب من الشذوذ الوراثي أو الخلقي congenital anomalies أي أوجه القصور التي يولد الطفل بها، كما أنهم قد يكتسبوا مثل هذه الإعاقات من جانب آخر نتيجة تعرضهم لحادث أو مرض معين في أي وقت بعد ميلادهم. كذلك فإن بعض الإعاقات الجسمية تكون بسيطة نسبياً وانتقالية في حين يكون بعضها الآخر حاداً وتطورياً وتنتهي بحدوث العجز الكلي والوفاة المبكرة. وبالتالي فمن الصعب أن نتناول الإعاقات الجسمية بوجه عام، ولذلك فسوف نتناول في هذا الفصل حالات معينة منها تندرج تحت واحدة من ثلاث فئات تضمها الإعاقات الجسمية هي :

1- الإعاقات الحركية العصبية .

2- اضطراب نمو العظام أو الاضطرابات العضلية الهيكلية/العظمية.-Musculoskeletal Disorders

3- الحالات الأخرى التي تؤثر في صحة الفرد وقدراته الجسمية.

ومن المهم أن نميز بين تلك الحالات التي تُعد حادة أو الحالات المزمنة وبين تلك الحالات الأخرى التي تعد عَرَضية والتي تحدث على نحو نوبة، أو التطورية. فالمرض الحاد acute أو الحالة الحادة قد تكون خطيرة جداً أو شديدة إلا أنها تخف في حدتها ويشفى المريض مع العلاج الذي قد يتضمن وضعه في المستشفى وخضوعه لعلاج طبي أو عقاقير على نحو منتظم. وقد نجد أن شخصاً معيناً يتعرض لعدوى معينة أو يمر بحادث معين على سبيل المثال ويصبح من جراء ذلك مريضاً على نحو حاد، أو تصبح حالته حرجة لبعض الوقت، ولكنه يشفى ويستعيد عافيته مرة أخرى. أما الحالة المزمنة chronic فهي تلك الحالة التي تدوم لدى الفرد أي تُعد دائمة دون أن تخف حدتها حتى مع استخدام أفضل الوسائل العلاجية، ومن ثم فهي حالة غير قابلة للشفاء. فالشلل الدماغي على سبيل المثال يعد حالة مزمنة حيث لا يمكن الشفاء منها. ومن ناحية أخرى فإن الحالة العَرَضية episodic تحدث على نحو نوبة أو نوبات متكررة، وهي تلك الحالة التي تتكرر بين حين وآخر على الرغم من أن الأداء الوظيفي للفرد معظم الوقت يكون عادياً جداً، ولا تحدث تلك الحالة في الأساس إلا على هيئة نوبات تصير أكثر خطورة أو أكثر شدة مع مرور الوقت. ومن أهم النوبات التي تحدث في هذا النمط نوبات الربو asthma والاضطرابات التشنجية seizure disorders كالصرع epilepsy على سبيل المثال. أما الحالة الأخيرة وهي الحالة التطورية progressive فهي تلك الحالة التي تصير أكثر خطورة وشدة أي تزداد خطورتها وشدتها على نحو كبير مع مرور الوقت، وعادة ما تتضمن قدراً أكبر من التعقيدات أو حالة معقدة من التدهور تجعل من النادر أن يشفى المريض منها رغم تعاطيه العلاج، بل إنه قد لا يشفى منها بالمرة. وتعد حالة الحثل العضلي muscular dystrophy مثالاً لإحدى هذه المشكلات الجسمية التي عادة ما تكون تطورية.

نسبة الانتشار Prevalence:

يمكن القول أن 1% من مجتمع المدرسة (ما يقارب النصف مليون طفل وشاب في عمر المدرسة) مصنفون بأن لديهم إعاقات جسمية. من النسبة السابقة هناك ما يقارب 75.000 لديهم اضطرابات عظمية، ولكن النسبة الأشمل تقع ضمن المشكلات الصحية. والأرقام السابقة لا تشمل المشخصون بالإصابات الدماغية أو الإعاقات المتعددة أو الذين يتم تشخيصهم على أنهم يعانون من التأخر النمائي. وتظهر الإحصائيات زيادة في نسبة الأطفال المخدومين تحت مظلة التربية الخاصة بسبب المشكلات الصحية. وبأي حال، فأنه لا يتم إشباع حاجات العدد الأكبر من هؤلاء الطلاب المعوقين جسمياً وذلك لعدد من الأسباب تتضمن تزايد أعداد الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة الجسمية مع عدم توافر برامج الخدمات الاجتماعية والصحية اللازمة لهم.

هذا ويرجع جانب من الزيادة في معدل انتشار الإعاقات الجسمية إلى تلك التطورات التي يشهدها تشخيص أولئك الأطفال الذين يعانون من حالات معينة إلى جانب تطور الخدمات الطبية المقدمة لهم. ومن المضحك أن التطورات الطبية لم تحسن فقط من فرص الوقاية من أمراض واضطرابات معينة أو علاج تلك الأمراض أو الاضطرابات ولكنها أكدت أيضاً على بقاء العديد من الأطفال الذين يعانون من مشكلات طبية خطيرة. كما أن هناك العديد من الأطفال الذين يعانون من الإعاقات المتعددة و الشديدة وغيرهم ممن يعانون من أمراض شديدة ومزمنة أو من إصابات شديدة كانوا لا يعيشون طويلاً في الماضي ولكنهم قد أصبحوا يعيشون لفترة أطول في الوقت الراهن، وبذلك فإن انخفاض معدل الوفيات mortality rates لا يعني بالضرورة أنه سيكون هناك عدد أقل من الأفراد المعوقين. وفضلاً عن ذلك فإن تحسن الرعاية قد لا يؤدي بالضرورة إلى انخفاض عدد الأفراد ذوي الإعاقات ما لم يحدث انخفاض مماثل في العوامل البيئية التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى حدوث مثل هذه الإعاقات كالحوادث، والتسمم بالمواد، والفقر، وسوء التغذية، والمرض، والعنف بين الشخصي.

الإعاقات الحركية العصبية Neuromotor Impairments:

تحصل الإعاقات الحركية العصبية Neuromotor Impairments نتيجة لإصابة يتعرض لها الدماغ أو الحبل الشوكي وتؤدي إلى حدوث (تلف نيورولوجي أو عصبي) تؤثر أيضاً في قدرة الفرد على أن يقوم بتحريك أجزاء معينة من جسمه (أعاقة حركية).. وقد ترتبط الإعاقة بإصابة الدماغ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها. ومن أمثلة ذلك ما نلاحظه من أن إصابة الدماغ الناجمة عن الصدمات TBI تتضمن تلفاً للدماغ ينجم من جراء سبب خارجي محدد هو الصدمة Trauma وذلك بعد عملية الولادة. ومع ذلك يمكن أن تحدث إصابة الدماغ من جراء العديد من الأسباب غير الصدمية أيضاً مثل الاختناق أو نقص وصول الأكسجين إلى الدماغ Hypoxia، أو التهاب الدماغ أو الطبقات المحيطة به (السحايا)، أو السكتة الدماغية، أو الورم، أو الاضطراب الأيضي (كما يحدث في حالة البول السكري، أو مرض الكبد أو الكلية)، أو التسمم بالمواد الكيميائية السامة، أو العقاقير.

وقد يكون من غير الممكن في العديد من حالات تلف الدماغ تعيين ذلك السبب المحدد الذي يكون قد أدى إلى حدوث الإعاقة الحركية العصبية. وتتمثل النقطة المهمة في هذا الصدد في أنه عندما يتعرض الجهاز العصبي للطفل للتلف أياً كان السبب في ذلك فإن ضعف العضلات أو الشلل يكون في الغالب هو أحد الأعراض الدالة على ذلك. ونظراً لأن مثل هؤلاء الأطفال لا يكون بوسعهم التحرك كالكثيرين غيرهم فإن تعليمهم عادة ما يتطلب تجهيزات خاصة، وإجراءات خاصة، وغير ذلك من المواءمات التي تتناسب مع إعاقتهم.

الشلل الدماغي Cerebral Palsy :

من الجدير بالذكر أن الشلل الدماغي Cerebral palsy CP لا يُعد مرضاً، كما أنه ليس معد، ولا يُعد حالة تطورية ما لم يؤد العلاج غير المناسب إلى حدوث تعقيدات معينة، كما أنه لا توجد هناك أي فرصة كي تسكن هذه الحالة أو تخف حدتها. ويذكر مارتن Martin (2006) تعريفا هو:

الشلل الدماغي هو اضطراب في الحركة واستقامة الجسم. المسبب الرئيس له هو إصابة أو تلف في الدماغ يحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة. وتمنع هذه الاصابة الدماغ من التحكم بعضلات الجسم. بحيث يقوم الدماغ ببعث إشارات للعضلات للتحرك والتحكم في مدى الشد العضلي (توتر العضلات)، ومن غير هذه الرسائل من الدماغ سيواجه الطفل صعوبات في تعلم المهارات الحركية الأساسية مثل الحبو أو الجلوس أو المشي.

يُعد الشلل الدماغي أكثر تعقيدا من مجرد مشكلة مرتبطة بالحركة أو وضعية الجسم. ولأسباب عملية. نَعد الشلل الدماغي جزءاً من متلازمة أعراض مرضية تتضمن اختلال الأداء الوظيفي الحركي، واختلال الأداء الوظيفي النفسي ، والتشنجات، والاضطرابات السلوكية أو الانفعالية التي ترجع إلى حدوث تلف في الدماغ.

وهناك بعض الأفراد المصابون بالشلل الدماغي الذين يبدون دليلاً أو مؤشراً واحداً على تلف الدماغ كالإعاقة الحركية على سبيل المثال، في حين قد يبدي غيرهم من الأفراد العديد من تلك الأعراض الدالة عليه. هذا ويشير تعريف الشلل الدماغي إلى أنه يعد بمثابة حالة تتسم بالشلل، والضعف، وقصور التآزر إلى جانب أعراض أخرى تدل على اختلال الأداء الوظيفي الحركي بسبب ذلك التلف الذي يكون قد لحق بدماغ الطفل قبل أن يصل الدماغ إلى مرحلة النضج. وقد تكون أعراضه بسيطة لدرجة

يصعب معها اكتشاف تلك الحالة، كما قد تكون حادة لدرجة أن الفرد قد يصل من جرائها إلى حالة من العجز الكلي. ونظراً لأن الشلل الدماغي يضم مجموعة غير متجانسة من الأطفال فإن البعض قد أخذ يشكك في تسمية هذه الإصابة بذلك الاسم في حين لاحظ البعض الآخر أن هذا المصطلح يعرف مجموعة من الأطفال يعدون في حاجة ماسة إلى الخدمة وهو ما يعد بمثابة أساس كاف للاستمرار في استخدام ذلك المصطلح.

ورغم أنه لا يوجد أي علاج للشلل الدماغي فإن التطورات الحديثة التي شهدها كل من المجال الطبي والتأهيل تقدم أملاً متزايداً للتغلب على تلك الإعاقات التي تنجم عن التلف العصبي . فمثلا العلاج الطبيعي المكثفُ طويل الأمد يتزامن مع إجراءات جراحية يقوم فيه الجراح بقطع بعض جذور الأعصاب المنتقاة والموجودة أسفل الحبل الشوكي والتي تؤدي إلى حدوث تشنجات Spasticity في عضلات الرجل مما يسمح لبعض الأطفال المصابين بالشلل الدماغي التشنجي بالتحكم بدرجة أفضل في عضلات معينة. كذلك فإن هذا العلاج يسمح لبعض الأطفال غير القادرين على المشي أن يمشوا ويتحركوا في المكان ويساعدالبعض الآخر على المشي على نحو عادي.

الأسباب والأنماط: من المعروف أن أي شيء يمكنه أن يؤدي إلى حدوث تلف بالدماغ خلال فترة النمو يمكنه أن يؤدي أيضاً إلى الشلل الدماغي. وهناك عوامل متعددة يمكن أن تؤدي إلى ذلك في مرحلة ما قبل الميلاد من أهمها إصابة الأم الحامل بالعدوى، والأمراض المزمنة، والصدمات البدنية، وتعرض الأم الحامل للمواد السامة، أو الأشعة السينية (أشعة X) على سبيل المثال، ويمكن لها جميعاً أن تؤدي إلى تلف الدماغ بالنسبة للجنين. أما أثناء عملية الولادة فقد يتعرض الدماغ للإصابة وخاصة إذا ما كانت الولادة صعبة أو تصاحبها تعقيدات معينة. وهناك بعض العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى ذلك أثناء الولادة من أهمها الولادات المبكرة، والاختناق أو نقص الأكسجين، وارتفاع درجة الحرارة أو الإصابة بالحمى، والإصابة بالعدوى، والتسمم، ونزيف الدم hemorrhaging كما أن هناك عوامل ترتبط بذلك ويمكن أن تصيب الطفل بالضرر بعد الولادة. وباختصار فإن أي شيء يؤدي إلى منع وصول الأكسجين إلى الطفل، أو التسمم، أو نزيف الدماغ، أو إلى حدوث صدمة مباشرة للدماغ يمكن أن يكون سبباً محتملاً يؤدي بالتالي إلى حدوث الشلل الدماغي.

وعلى الرغم من أن الشلل الدماغي يحدث في كل مستوى اجتماعي فإنه غالباً ما يحدث لأولئك الأطفال الذين تعيش أمهاتهم في ظروف اجتماعية اقتصادية سيئة، ومن ثم فإن الأطفال الذين يعيشون في مثل هذه الظروف يعدون في خطر كبير يعرضهم لإصابة الدماغ أو تعرضه للتلف بسبب التعرض لبعض العوامل المرتبطة ومن أهمها سوء تغذية الأم، وتدني مستوى الرعاية المقدمة قبل وبعد الولادة، والصعوبات البيئية التي يمكن أن تحدث أثناء الولادة، وانخفاض وزن الطفل عند الميلاد.

وجدير بالذكر أن وسيلتي التصنيف اللتين يتم استخدامهما على نطاق واسع عالمياً تحددان الأطراف التي تدخل في الإعاقة، ونوع الإعاقة الحركية. وعندما نقوم بتصنيف الحالة وفقاً للأطراف المتضمنة فيها فإن ذلك لا ينطبق على الشلل الدماغي فحسب ولكنه ينطبق على جميع أنواع الإعاقة الحركية أو الشلل. وتتمثل أكثر التصنيفات شيوعاً في هذا الصدد الشلل الرباعي quadriplegia ويصيب الأطراف الأربعة جميعهم، وشلل الرجلين paraplegia ويصيب الرجلين فقط.

ومثلها أيضا، فإن التصنيف بحسب الحركة لا ينطبق فقط على الشلل الدماغي ولكن لأنواع أخرى من الإعاقات الحركية العصبية. فالتشنج Spasticity يشير إلى تصلب أو توتر العضلات والحركات الإرادية وغير الدقيقة، والحركات الراقصة Choreoathetoid movement التي تتسم بالحركة المفاجئة، اللاإرادية وصعوبة في المحافظة على التوازن. والواهنة Atonic والتي تشير إلى الوهن أو ضعف التوتر العضلي.

تتمثل النقطة المهمة التي تتعلق بالشلل الدماغي في أن التلف الذي يتعرض له الدماغ يؤثر سلباً في قوة الفرد عامة وعلى قدرته على أن يقوم بتحريك أجزاء معينة من جسمه بصورة طبيعية. ومن المعروف أن صعوبة الحركة قد تتضمن الأطراف بالإضافة إلى تلك العضلات التي تستخدم في سبيل التحكم في التعبيرات الوجهية المختلفة وفي الحديث. ونتيجة لذلك فإن الشخص الذي يعاني من الشلل الدماغي قد يجد صعوبة في التحرك أو الكلام، أو قد يبدي التواء في قسمات الوجه أو سيلان اللعاب . ومع ذلك فإن تلك النتائج التي تترتب على تلف الدماغ كعدم القدرة على التحكم في العضلات على سبيل المثال لا تعني بالضرورة وجود آثار سلبية على مستوى ذكاء الفرد أو حساسيته الانفعالية.

الإعاقات المصاحبة والتطبيقات التربوية إن الشلل الدماغي يعد بمثابة إعاقة نمائية أو تطورية وتُعد إعاقة متعددة أكثر تعقيداً من مجرد كونها إعاقة حركية فقط. وفضلاً عن ذلك فعندما يتعرض الدماغ لبعض التلف فإن ذلك يؤثر سلباً في القدرات الحسية للفرد، والوظائف المعرفية التي يمكنه أن يقوم بها أو يؤديها، واستجاباته الانفعالية إضافة إلى أدائه الحركي. كما كشفت نتائج تلك الدراسات أيضاً أن نسبة مرتفعة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يعانون كذلك من الإعاقة السمعية، أو البصرية، أو اضطراب الإدراك، أو مشكلات التواصل ، أو الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية، أو الإعاقة العقلية، أو خليط يضم أكثر من نمط واحد من هذه الإعاقات، أو الإعاقة الحركية. ومن أهم ما يتسم به مثل هؤلاء الأطفال سيلان اللعاب والتواء قسمات الوجه.

ومن جانب آخر فإن بعض الأفراد الذين يعانون من الشلل الدماغي قد يتميزون بقدرتهم العقلية العادية أو فوق المتوسطة، بل إن القليل منهم قد يصل مستوى ذكائهم إلى حد الموهبة. ومع ذلك، يرى البعض أن متوسط الذكاء الذي يميز هؤلاء الأطفال يقل في الغالب عن متوسط الذكاء الذي يميز الأفراد العاديين بمعنى أنهم يقلون في الدرجة عن الأفراد العاديين. وبناء على ذلك فإننا يجب أن نكون حذرين عند تفسير تلك النتائج التي يمكن أن يحصل عليها الأطفال المصابون بالشلل الدماغي في اختبارات الذكاء أو الاختبارات التحصيلية لأن معظم اختبارات الذكاء المقننة والاختبارات التحصيلية المعيارية قد لا تتناسب مع بعض الأفراد الذين يعانون من صعوبات معينة في الإدراك، أو الحركة، أو سرعة الاستجابة. وفضلاً عن ذلك فإن مشكلات الحركة التي تميز الأطفال المصابين بالشلل الدماغي قد تتضح بدرجة أكثر في حالة الإثارة الانفعالية أو الضغوط وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يعقد من استخدام إجراءات الاختبار العادية التي تعمل على الإثارة الانفعالية، وتمثل ضغطاً على الفرد في ذات الوقت.

وجدير بالذكر أن تلك المشكلات التربوية التي يعاني منها الأطفال المصابون بالشلل الدماغي تُعد متعددة الوجوه كتلك الإعاقات التي يعانون منها وهو الأمر الذي يجعل من الضروري توفير أجهزة معينة لهم واللجوء إلى إجراءات معينة عند التعامل معهم نظراً لمعاناتهم من إعاقات جسمية. كما أنها تتطلب في ذات الوقت أن نلجأ إلى نفس الإجراءات التربوية الخاصة والأجهزة التي تستخدم في سبيل تعليم الأطفال المعوقين بصرياً، أو سمعياً، أو الذين يعانون من اضطرابات التواصل، أو من صعوبات التعلم، أو الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية، أو الإعاقة العقلية. وفضلاً عن ذلك ينبغي أن يكون هناك تقييماً مستمراً لقدرات الفرد، والتعرف على كل ما تتعرض له من تغيرات إيجابية أو سلبية. كذلك فإن تعليم أولئك الأطفال يتطلب الكفاءة في مجالات عديدة من التربية الخاصة إلى جانب الخبرة في تناول الإعاقات المختلفة والتعامل معها.

اضطراب التشنج (الصرع) Seizure disorder (epilepsy):

يتم تشخيص الفرد على أنه يعاني من نوبة تشنج عندما يحدث تفريغ غير عادي للشحنات الكهربية الموجودة في خلايا معينة بالدماغ لا يلبث أن يمتد إلى الخلايا المجاورة. وقد تصل النتيجة إلى فقدان الوعي، أو ببعض الحركات اللاإرادية، أو حدوث بعض الظواهر الحسية غير العادية. كذلك فإن آثار نوبة التشنج تتوقف على موقع تلك الخلايا التي بدأ منها تفريغ الشحنات الكهربية وإلى أي مدى امتد هذا التفريغ.

عادة ما يصاب طفل من كل عشرة أطفال بنوبة صرعية في مرحلة ما، وعادة ما ترتبط بالحرارة العالية أو المرض الشديد، ولا يعني ذلك أن يتم تشخيصهم على أنهم مصابون بالصرع. إن الشخص المصاب بالصرع لديه حالة عصبية مزمنة ويتعرض لنوبات تشنج متكررة. وتعكس نوبات التشنج حدوث نشاط غير عادي في الدماغ، وبالتالي فهي غالباً ما تحدث لأولئك الأطفال الذين يعانون من إعاقات نمائية كالإعاقة العقلية، أو الشلل الدماغي وذلك قياساً بالأطفال غير المعوقين.

أسباب الصرع وأنماطه يمكن أن يحدث التشنج إذا ما حدث أي تلف للدماغ. . ومع تطور استخدام الأشعة المقطعية للدماغ ودراسات بيولوجيا الجزيئات أدرك العلماء على نحو أفضل تلك العوامل المساعدة على حدوث الصرع. وتتضمن أهم الأسباب الشائعة والمباشرة للصرع ما يأتي :

1- نقص الأكسجين .

2- نقص كمية السكر في الدم .

3- العدوى .

4- الصدمات الجسمية.

ومن شأن هذه الأسباب أو الحالات أن تعمل على زيادة احتمالات حدوث ردود أفعال نيوروكيميائية في خلايا الدماغ . ومع ذلك فإن أهم الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى حدوث نوبة التشنج لا تكون معروفة في معظم الحالات. ومن المعروف أن بعض أنماط التشنجات تعد تطورية أي

أنها قد تتلف الدماغ أو تحول دون قيامه بالأداء الوظيفي العادي حيث يؤدي حدوث نوبة تشنج إلى حدوث نوبة أخرى، وهكذا. وحتى إذا لم يكن سبب التشنج معلوماً على نحو جيد فإنه من المهم أن نلاحظ أنه مع استخدام العلاج الطبي الملائم يمكن السيطرة على العديد من هذه النوبات.

هذا وتأخذ نوبات التشنج عدة أشكال، ويُعد تصنيف هذه التشنجات من الأمور الجدلية بين أوساط أطباء الأعصاب. وينبغي أن يلاحظ المربون أن نوبات التشنج قد تختلف بدرجة كبيرة وذلك وفقاً للأبعاد التالية على الأقل :

1- المدة/ الفترة الزمنية : من الممكن أن تمتد لعدة ثوان فقط، وربما لبضع دقائق.

2- التكرار : من الممكن أن تحدث على نحو متكرر كأن يكون كل بضع دقائق مثلاً أو مرة واحدة في العام.

3- الاستهلال: قد تحدث مثل هذه النوبات بسبب بعض المثيرات المحددة أو التي لا ترتبط بالبيئة، وقد تكون غير متوقعة كلية أو قد يسبقها إحساسات داخلية معينة .

4- الحركات: أنها قد تؤدي إلى حدوث حركات تشنجية كبرى، أو قد تؤدي فقط إلى بعض الأعراض الحركية البسيطة أو الصغرى كالرمش بالعين على نحو متكرر أو مختلج.

5- الأسباب: إن تلك النوبات قد ترجع إلى مجموعة من الحالات تضم الحمى، والتسمم، والصدمات، وغيرها من الحالات الأخرى التي أشرنا إليها من قبل، إلا أن ذلك السبب الذي يؤدي إليها لا يكون معروفاً في أغلب الحالات.

6- الإعاقات المرتبطة بها: قد ترتبط هذه النوبات ببعض الإعاقات الأخرى وتتزامن معها، وقد لا ترتبط بأي إعاقة أو مشكلة صحية أخرى.

7- السيطرة عليها: يمكن السيطرة التامة على تلك التشنجات باستخدام بعض العقاقير الطبية، وبالتالي لا يتعرض الفرد لحالات تشنج أخرى، وقد لا يتم السيطرة عليها سوى جزئياً فقط.

الآثار التربوية نعرف في الوقت الحالي بأن ما يقارب نصف الأطفال المصابين بالصرع لديهم قدرات عقلية متوسطة أو أعلى من المتوسط - وهذا ينطبق على الأطفال العاديين أيضا، وهناك الكثيرون منهم ممن ليس لديه أي إعاقات عقلية مصاحبة، ومع ذلك فإن نسبة حدوث صعوبات التعلم لدى هذه الفئة تعد أعلى من الأطفال غير المصابين بالصرع. ومع أن العديد من الأطفال المصابين باضطرابات التشنجات يترافق لديهم وجود إعاقات مصاحبة أخرى إلا أن هذا لا ينطبق على الجميع، وبالتالي فإنه من المتوقع من معلم الصف العادي ومعلم التربية الخاصة أن يواجه طلبة مصابين باضطرات التشنج ومنها الصرع.

وإضافة إلى معرفة طرائق إدارة والتعامل مع الأطفال المصابين باضطراب التشنج، فيجب على المعلم معرفة الإسعافات الأولية الضرورية للتعامل مع نوبة الصرع. حيث يُعد الجهل بأسباب الصرع وكيفية الإسعاف الأولي لنوباته من أكثر الإخطاء المفاهيمية التي نواجهها حول الصرع.

وتُعد النوبات مشكلة طبية وبالتالي فهي تستلزم عناية طبية في المقام الول، وتقع على عاتق المربين ما يأتي:

1. يجب على المعلم العادي ومعلم التربية الخاصة إزالة ومحاربة عناصر الجهل، والخرافة، والتحيز تجاه الأفراد المصابين باضطرابات التشنج، وتوفير رعاية وإدارة جيدة عند حدوث أية نوبات داخل الغرفة الصفية.
2. يجب على معلم التربية الخاصة الذي يعمل مع الأطفال المعوقين عقليا بدرجة شديدة أو أية إعاقة نمائية شديدة أخرى أن يكون متحضرا لإدارة النوبات على نحو أكبر إضافة إلى التعامل مع المشكلات التعلمية لدى هذه الفئة. يجب على المعلم تسجيل مدة النوبة وطبيعة الأنشطة التي كان يقوم بها قبل حدوث النوبة. هذه المعلومات تساعد الأطباء على عملية التشخيص والعلاج. وإذا كان الطفل يتلقى علاجا للنوبات فيجب على المعلم معرفة هذه العلاجات وتأثيراتها الجانبية على الطفل.

وهناك العديد من الأطفال العاديين ممن يصابون بالنوبات لديهم مشكلات سلوكية مختلفة، وعادة ما تحدث هذه المشكلات نتيجة تلف دماغي والذي عادة ما يسبب إعاقات أخرى لدى الطفل، وبالإمكان أن تكون أعراضا جانبية لبعض الأدوية أو نتيجة سوء إدارة الوالدين أو المعلمين للطفل. ويجب على المعلم أن يعي حقيقة أن هذه النوبات التي تحصل لدى الطفل ستؤثر في مدى انتباه الطفل أو حتى إمكانية استمراره في المدرسة. فحصول نوبات قصيرة لدى الطفل تستلزم على المعلم إعادة المعلومة أو تقديم تسهيلات زمنية لإجابة الطالب، ولا ننسى أن النوبات الكبرى تمنع أذكى الطلبة من الاستجابة.

وكما قلنا سابقا فالعديد من الأطفال المصابين بالصرع ليس لديهم أي مشكلات تعلمية ، ولكن تبقى نسبة منهم ممن يعانون من صعوبات التعلم، وعادة ما يشخص هؤلاء الأطفال بأن لديهم مشكلات سلوكية أو انفعالية أكثر من غيرهم ممن ليس لديهم هذه النوبات. وعادة ما يتحسن تأقلم هؤلاء الطلبة في المدرسة العادية إذا ما تم تقييمهم بصورة صحيحة، وإحالتهم، وإرشادهم، وتعليمهم بشأن هذه النوبات وقدمت لهم الواجبات الملائمة لوضعهم. وتبقى نوعية الحياة للأطفال المصابين بالصرع مرتبطة على نحو كبير مع عوامل الخطر التي تؤثر في باقي الأفراد المعوقين، ومن هذه العوامل الوظائف التنفيذية اليومية، ومشكلات في السلوك التكيفي، وتدني مستوى الذكاء، ودخل الأسرة المتدني، والسن المبكرة لظهور الاضطراب.

العمود الفقري المفتوح (الصلب المشقوق) والإصابات الأخرى للحبل الشوكي:

من الجدير بالذكر أن التلف العصبي قد يصيب الحبل الشوكي فقط، وبالتالي لا يتأثر المخ فيه. وقد تحدث إصابة الحبل الشوكي قبل أو بعد الولادة، وتؤثر بالطبع في قدرة الفرد على الحركة أو السيطرة على الوظائف الجسمية المختلفة التي تلي موضع الإصابة والتحكم فيها.

ومن الملاحظ خلال فترة النمو المبكر للجنين أن نصفي الجنين the two halves of the embryo ينموان أو ينغلقان عند الوسط. وإذا لم يحدث هذا الانغلاق على نحو جيد فإنه عادة ما ينتج عيوبا

خلقية عند الوسط مثالها سقف الحلق أو الشفه المشقوقه (الشفه الأرنبية) Cleft lip and Cleft palate. ومن أمثلة هذا القصور في الوسط العمود الفقري المفتوح Spina bifida الذي يعد بمثابة قصور وراثي في الوسط ينشأ عن عدم تمكن عظام العمود الفقري من الإقفال أو الالتحام بإحكام خلال مرحلة نمو الجنين. ويمكن أن يحدث ذلك القصور في أي مكان وذلك في المنطقة التي تمتد من الرأس إلى الطرف السفلي للعمود الفقري. ونظراً لأن العمود الفقري لا يكون قد تم إقفاله بعد فإن الحبل الشوكي (الألياف العصبية) قد يشكل بروزاً أو نتوءاً مما يؤدي إلى تلف الأعصاب، والشلل، وعدم القدرة على القيام بأي أداء وظيفي أو إحساس أسفل تلك المنطقة التي تشهد وجود القصور فيها.

وغالباً ما يكون العمود الفقري المفتوح مصحوباً بشلل في الرجلين وفي العضلتين العاصرتين بكل من الشرج والمثانة نظراً لأن الإشارات العصبية لا يمكنها أن تصل إلى أبعد من مكان القصور. ويمكن عن طريق الجراحة التي يتم إجراؤها خلال بدايات مرحلة المهد أن نقوم بإغلاق تلك الفتحة الموجودة بالحبل الشوكي، ولكن ذلك لن يؤدي مطلقاً إلى إصلاح هذا التلف الذي يكون قد لحق بالأعصاب. ورغم أن العمود الفقري المفتوح يعد فيما يتعلق بشيوعه أو انتشاره هو أحد أكثر أنماط القصور الولادية التي تؤدي إلى الإعاقة الجسمية فإن تلك الأسباب المختلفة التي يمكن لها أن تؤدي إليه لا تزال غير معروفة حتى وقتنا الراهن.

وهناك سبب أساسي آخر للشلل يتمثل في إصابات الحبل الشوكي التي تنتج عن الحوادث وذلك بعد الولادة بطبيعة الحال. إلا أن الفرق الرئيس أو الجوهري بين كل من العمود الفقري المفتوح والإصابات الأخرى للحبل الشوكي يتمثل في أن ذلك الفرد الذي يتعرض في أي وقت بعد ميلاده لمثل هذه الإصابة يمر في الواقع بفترة نمو طبيعي، أي أنه يكون عادياً عند مولده حتى يتعرض لتلك الإصابة، وأنه بالتالي يجب أن يتواءم مع هذه الإعاقة المكتسبة.

الآثار التربوية والاجتماعية إن تاثير الشلل الناجم عن إصابة العمود الفقري يعتمد بدرجة كبير على موقع الإصابة في إعلى أو أدنى منطقة الظهر. ومن الممكن أن يقوم بعض الأطفال المصابين بالحبل الشوكي بالمشي باستقلالية، بينما يحتاج البعض الأخر لمقومات مساعدة، والبعض الأخر لن يتمكن من المشي إلا باستخدام الكراسي المتحركة. إضافة إلى ما سبق فإن القدرة على الاحساس أو التحكم بالوظائف الجسمية المختلفة يعتمد على طبيعة الإصابة، ولهذا نرى تنوعا واسعا في مدى التأثير التربوي في هؤلاء الأفراد، ولا ننسى الجوانب النفسية المتعلقة بالقدرة على الحركة والتي تتوجب منا تحليلا دقيقا لها ولجوانب الدافعية إضافة إلى بعض المغريات البيئية والتي تساعد الطفل على الحركة.

يعاني بعض الأطفال من مشكلات طبية حرجة والتي تؤدي عادة إلى الإدخال المتكرر إلى المستشفى بقصد الجراحة أو العلاج من الالتهابات المختلفة. فانعدام الاحساس في بعض مناطق الجلد سوف تعمل على زيادة الخطورة على أولئك الأطفال كمخاطر الحرق، الخدوش والجروح، والتقرحات الناتجة عن الضغط المستمر (نتيجة الجلوس مثلا)، ولهذا ينصح دوما بتغيير وضعية الطفل في اليوم الدراسي ومراقبته عن كثب خلال الأنشطة المختلفة خوفا من خطر الجروح.

ولأن الطفل ذو العمود الفقري المفتوح يعاني من قصور في الإحساس وخاصة في المنطقة السفلى من منطقة الإصابة، فإن هذا عادة ما ينجم مشكلات في التوجه المكاني، تقدير الأبعاد المكانية، الإحساس بالاتجاهات والمسافة، تنظيم المهارات الحركية، والوعي الجسمي أو تصور الشخص لجسمه. إضافة فإن ضعف التحكم في المثانة يستلزم قسطرة دورية Catheterization. وبالإمكان تعليم هؤلاء الأطفال كيفية القيام بعملية القسطرة بأنفسهم، ولكن يجب على المعلمين معرفة ما يجب عمله والاستعانة بممرضة المدرسة إن وجدت.

وقد حصل الكثير من التقدم في علاج حالات العمود الفقري المفتوح وفي دمج هؤلاء الأطفال في المدارس والمجتمع، ومع ذلك فهناك العديد من الخلافات حول البديل التربوي المناسب لهم وحول نوعية الأنشطة الممكن الالتحاق بها.

اضطراب أحد الأعضاء أو الاضطرابات العضلية الهيكلية:

يُعد بعض الأطفال الذين يعانون من قصور أو أمراض في عضلاتهم أو عظامهم من المعوقين جسمياً. ومن الملاحظ أنه رغم عدم وجود إعاقات نيورولوجية لدى هؤلاء الأطفال فإن قدرتهم على الحركة تتأثر سلباً حيث نجدهم يعانون معظم الوقت من مشكلات عضلية وهيكلية يمكن أن تشمل مشكلات في الرجلين، والذراعين، والمفاصل، أو العمود الفقري تجعل من الصعب أو من المستحيل بالنسبة لهم أن يقوموا بالمشي، أو القيام، أو الجلوس، أو استخدام اليدين. وقد تكون مثل هذه المشكلات وراثية أو مكتسبة تحدث بعد ولادتهم. وقد تتضمن تلك الأسباب التي تؤدي إليها أوجه قصور جينية أو وراثية، أو الأمراض المعدية، أو الحوادث، أو الاضطرابات النمائية.

وهناك نمطان أساسيان يعدان من أكثر الحالات العضلية الهيكلية شيوعاً وانتشاراً، كما أنهما يؤثران بالتالي على كل من الأطفال والمراهقين أو حتى الراشدين أي أن من شأنهما التأثير على الأفراد بغض النظر عن عمرهم الزمني هما :

1- الضمور العضلي. muscular dystrophy

2- التهاب مفاصل الأحداث الروماتيزمي. juvenile rheumatoid arthritis

ويُعد الضمور العضلي مرضاً وراثياً يتسم بالضعف التطوري الذي ينجم عن ضمور الألياف العضلية. ولا يزال الميكانيزم البيولوجي المحدد المسؤول عن هذا المرض غير معروف، ومن ثم فلن يكون مستغرباً ألا يوجد أي علاج فعال له في وقتنا الراهن. أما التهاب مفاصل الأحداث الروماتيزمي فهو مرض موهن يؤثر سلباً في كل من العضلات والمفاصل. وفضلاً عن ذلك فإننا لا نعرف له هو الآخر سبباً محدداً حتى الآن، كما لا يوجد له علاج محدد أيضاً. ويمكن أن تكون تلك الحالة مؤلمة للغاية، وأحياناً ما تصاحبها تعقيدات عدة منها الحمى، ومشكلات الجهاز التنفسي، ومشكلات القلب، وإصابات العين. هذا ويوجد عامل معقد بين الأطفال الذين يعانون من الإعاقات الجسمية مثل الشلل الدماغي يتمثل في التهاب المفاصل حيث يؤثر سلباً في مفاصلهم، ويحد من حركتهم. ويمكن لمثل هذه

الحالات المرضية وغيرها أن تؤثر سلباً في تطور الطفل اجتماعياً وتقدمه أكاديمياً في المدرسة.

وهناك مجموعة أخرى من الحالات الوراثية، وأوجه القصور المكتسبة، والأمراض التي يمكنها أن تؤثر أيضاً في الجهاز العضلي الهيكلي مثل ذلك الانحناء أو الانثناء أو التقوس الذي يصيب العمود الفقري والذي يعرف بالجنف scoliosis أو عدم وجود أحد الأطراف، أو التكوين غير الملائم لها malformed. ومن المعروف في كل هذه الحالات إضافة إلى حالات الضمور العضلي والتهاب المفاصل أن معدل ذكاء الطفل لا يتأثر فيها تحت أي ظروف ما لم تكن هناك إعاقات إضافية مصاحبة. أما فيما يتعلق بالمشكلة العضلية الهيكلية في حد ذاتها فإن التربية الخاصة تُعد ضرورية فقط حتى نتمكن من تحسين مستوى قدرة الطفل على الحركة، وتحديد الوضع الصحيح له الذي يجب أن نضعه عليه، وتوفير التعليم خلال تلك الفترات التي يتم إيداعه المستشفى فيها أو يكون موجوداً بالمنزل، والعمل على جعل الخبرات التربوية المقدمة له طبيعية بقدر الإمكان.

الحالات الأخرى التي تؤثر في صحة الفرد وقدراته الجسمية:

توجد مصفوفة طويلة من الأمراض، والاضطرابات الفسيولوجية، والتكوينات الوراثية غير الملائمة، والإصابات يمكن أن تؤثر سلباً في صحة الطفل وقدراته الجسمية وتدفع به إلى أن يصير في حاجة إلى تلقي التربية الخاصة وما يرتبط بها من خدمات. وإذا كان تصنيف هذه الحالات لا يمثل أي أهمية في هذا الصدد فإن معلمي التربية الخاصة يجب أن يفهموا رغم ذلك ما يمكن أن يصيب الطفل من إعاقات جسمية، والترتيبات اللازمة أو الضرورية لكل حالة حتى يتمكنوا من توفير التربية الخاصة الملائمة لهم وما يمكن أن يرتبط بها من خدمات. ومن أهم هذه الحالات ما يأتي:

الربـــو يعد الربو Asthma بمثابة مرض رئوي يتسم بالتضخم العرضي أو سد الممرات الهوائية مما يجعل الفرد يجد صعوبة في التنفس. وعادة ما تكون هذه الصعوبة في التنفس قابلة للانعكاس أي أنها تستجيب للعلاج. ويمكن لحالات الربو الشديدة أن تلازم الفرد مدى حياته، وتؤدي في بعض الحالات إلى تضييق نطاق أنشطته. ويمكن أن تتحسن حالة الفرد أو تسوء وفقاً لمدى إدراك تلك الأسباب التي تؤدي إليه، أما عدم القدرة على توقع ما ستصير إليه الحالة فيجعل من الصعب علينا أن نتعامل معها.

قد تنتاب التكوينات الوراثية الشاذة والاضطرابات أي جهاز عضوي، وقد تتراوح بين القصور البسيط إلى الفادح أو الشديد جداً سواء في التركيب البنيوي أو الأداء الوظيفي. وفي أغلب الحالات يكون سبب مثل هذه التكوينات الخاطئة أو الشاذة malformation أو الاضطرابات عامة غير معروف، بينما يكون في بعضها الآخر معروفاً على أنه وراثي أو يرجع إلى عدوى تنتقل إلى الجنين من الأم، أو إلى تعاطي مادة معينة من جانب الأم أثناء فترة الحمل.

الإيدز AIDS: غالباً ما يتم النظر إلى متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) على أنها مرض يصيب الأجنة. ومع ذلك فإن أولئك الأطفال الذين يعانون من الإيدز غالباً ما يعانون من مشكلات عصبية أيضاً تتضمن الإعاقة العقلية، والشلل الدماغي، والتشنجات، والاضطرابات السلوكية أو

الانفعالية. هذا وينشأ الإيدز Acquired immune deficiency syndrome AIDS من جراء فيروس نقص المناعة الإنسانية Human immune deficiency virus HIV الذي ينتقل عن طريق العديد من الأساليب وإن كانت الأساليب الأولية لانتقاله تتمثل في الاتصال الجنسي. أن العديد من الحالات الجديدة التي تم الإبلاغ عنها إنما تتركز في جماعات الأقليات، كما أن ثلاثة أرباع الإصابات الجديدة تتركز في المجموعة العمرية 13- 19 سنة وهو ما يعني أن الإصابة بهذا الفيروس بين المراهقين الأمريكيين لم تنل ذلك الاهتمام الذي تستحقه على مدى السنوات الماضية.

ونظراً للتحسن الذي قد تشهده الخدمات الطبية المختلفة التي يتم تقديمها للأطفال والمراهقين الذين يعانون من الإيدز أو الاضطرابات الفيروسية أو البكتيرية الأخرى فإن هناك زيادة واضحة وملموسة قد طرأت بالفعل على متوسط أعمارهم وهو الأمر الذي أوجد هناك حاجة متزايدة للحصول على التربية الخاصة المناسبة لهم وما يرتبط بها من خدمات مختلفة. وينبغي في هذا الإطار أن يعرف المعلمون أنه إذا ما تم إتباع الإجراءات المطلوبة لمنع حدوث مثل هذه الإصابات فلن يكون هناك اهتمام كبير بخصوص انتقال فيروس نقص المناعة الإنسانية HIV بين الأطفال الموجودين داخل نفس الفصل.

متلازمة الأعراض الكحولية الجنينية: ومن أمثلة تلك التكوينات الخاطئة أو الشاذة متلازمة الأعراض التي يعاني منها الطفل والتي تنجم عن تعاطي الأم الحامل للكحوليات وهي تلك المتلازمة التي تعرف بالأعراض الكحولية الجنينية Fetal alcohol syndrome FAS . وتعد هذه المتلازمة في الوقت من أكثر المتلازمات المرضية شيوعاً، وتتضمن شذوذاً تكوينياً وتخلفاً عقلياً، وتنتج في الأساس عن تعاطي الأم للكحوليات أثناء فترة الحمل. وتنتشر هذه المتلازمة على مستوى العالم بمعدل حالة واحدة لكل ألف حالة ولادة . ومن جانب آخر فإن انتشار الاضطرابات الأخرى التي ترتبط في الأساس بتعاطي الأم للكحوليات أثناء فترة الحمل تُعد مشكلة خطيرة.

ومن المعروف أن هناك عدداً كبيراً من الأطفال يموت كل عام بسبب الحوادث المتباينة، ويزيد هذا العدد عن عدد الأطفال الذين يموتون من جراء أمراض الطفولة المختلفة مجتمعة. كما أن هناك الملايين من الأطفال والمراهقين بالولايات المتحدة الأمريكية يتعرضون سنوياً للإعاقات المؤقتة أو الدائمة أو الإصابات الخطيرة في الحوادث المختلفة. وهناك الكثيرون من بين هذا العدد الضخم لا يتعرضون لإصابات المخ الناجمة عن الصدمات ولكنهم يتعرضون لإصابات الحبل الشوكي تلك الإصابات التي يكون من شأنها أن تؤدي بهم إلى الشلل الكلي أو الجزئي أسفل مكان الإصابة. وفضلاً عن ذلك فهناك

الكثيرون غيرهم يعانون من عمليات البتر المختلفة، أو من العجز المؤقت الذي ينجم على أثر انكسار أطرافهم، أو من الإصابات المتباينة التي يتعرضون لها.

ذكرنا من قبل أن متلازمة الأعراض الكحولية الجنينية FAS التي تنشأ عن تعاطي الأم الحامل للكحوليات تؤدي إلى معاناة العديد من الأطفال من إعاقات مختلفة. كذلك فإن إساءة استخدام الأم الحامل للمواد الأخرى له آثاره السلبية على أطفالهن، فإذا ما كانت الأم الحامل ممن يسيئون استخدام المواد فسوف يصير هناك احتمال كبير لإهمال الطفل والإساءة إليه من جانبها. كما أن العديد من الأمهات اللواتي يتعاطين العقاقير عن طريق الحقن بالوريد لا يعرضن أطفالهن لمخاطر التلف الكيميائي فحسب نتيجة تغير بعض التراكيب الكيميائية لديهم، ولكنهن ينقلن إليهم بعض الأمراض التناسلية أيضاً مثل الزهري وهو الأمر الذي يمكن أن يؤدي بهم إلى الإعاقات المختلفة. ومع تزايد أعداد الأمهات اللائي يسئن استخدام المواد يزداد عدد الأطفال الذين يعانون من الإعاقات الشديدة والمتعددة على أثر ذلك.

وعلى الرغم من وجود العديد من العوامل السببية التي يمكن أن تؤدي إلى مثل هذه الحالة فإن الآثار التي يمكن أن تترتب على التدخل المبكر بالنسبة لأولئك الأطفال الذين يتعرضون قبل ولادتهم للعقاقير تُعد أفضل مما كان ينظر الكثيرون إليها من قبل. ورغم أن النتائج التي يمكن أن تترتب على تعاطي الأم الحامل لأي عقار قد تكون خطيرة فإن تلك الهستيريا التي شهدتها فترة الثمانينيات والتي تتعلق بالآثار الانعكاسية لتعاطي الكوكايين على الأطفال الرضع لم يكن لها في واقع الأمر ما يبررها حيث إن النتائج التي يكون من شأنها أن تترتب عليها معروفة سلفاً للغالبية العظمى من الأفراد ما لم يكن لهم جميعاً بلا استثناء. وقد يرجع ذلك أيضاً إلى أن العديد من الأطفال الذين تعرضوا قبل ولادتهم للعقاقير سوف يتعرضون في طفولتهم بطبيعة الحال للعديد من الإعاقات النمائية حيث يكونون أكثر عرضة للتغير وهو الأمر الذي يعرضهم لقدر أكبر من العوامل التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى مثل هذه الإعاقات النمائية.

ويجب أن تتسم تلك البرامج التي يتم تقديمها لأولئك الأطفال الذين يعانون من الوهن الصحي بالمرونة والمراجعة المستمرة. وتمثل خطط الرعاية الصحية اليومية وخطط الطوارئ أهمية كبيرة في هذا المضمار. كما يجب أن تهتم بتعليمه التواصل خاصة مع أولئك القائمين على رعايته وعلاجه وتعليمه والاهتمام به. أما عن القرارات التي تتعلق بتسكين مثل هؤلاء التلاميذ فينبغي أن يشارك فيها فريق متكامل يضم القائمين على رعاية الطفل والمعلمين والوالدين إلى جانب الطفل ذاته.

ومن الجدير بالذكر أن عدداً متزايداً من هؤلاء الأطفال يعود من المستشفى إلى المنزل وهو قادر على التنفس فقط وذلك بمساعدة الكمامة Ventilator والتي تعد بمثابة وسيلة تدفع بالأكسجين إلى الرئتين عن طريق أنبوب يتم وضعه في القصبة الهوائية. كذلك فإن العديد من هؤلاء الأطفال يعودون إلى المدرسة مرة أخرى وخاصة المدارس العامة، وأحياناً ما يعودون بمساعدة ممرضة توجد معهم طوال الوقت. إلا أن موضوع حضور أولئك الأطفال الذين يعتمدون على الكمامات بصفة أساسية إلى

المدرسة قد شهد جدلاً كبيراً وفي مثل هذه الحالات ينبغي على الوالدين والمعلمين أن يتخذوا القرارات معاً على أن تكون مثل هذه القرارات خاصة بكل حالة على حدة، وأن يوازنوا بين الاهتمام بوضع الطفل في فصل عام وقيامه ببعض الأنشطة المدرسية مع أقرانه بقدر الإمكان وبين حالته الصحية.

الوقاية من الإعاقات الجسمية Prevention of Physical Disabilities :

على الرغم من أن بعض الإعاقات الجسمية لا يمكن الوقاية منها باستخدام الوسائل المتاحة فإن بإمكاننا أن نسهم في الوقاية من غالبية تلك الإعاقات باستخدام مثل هذه الوسائل. فعلى سبيل المثال نجد أن عدم ربط حزام الأمان الموجود في كراسي السيارة، وعدم اللجوء إلى أساليب الأمان الأخرى يعد مسؤولاً في الواقع عن العديد من الإصابات التي تؤدي إلى الإعاقة. كذلك فإن قيادة السيارة تحت تأثير الكحول أو غيره من العقاقير، والإهمال في تخزين العقاقير والمواد السامة الأخرى، وتعاطي الكحوليات أو العقاقير الأخرى من جانب الأم الحامل، والقيام بالممارسات غير الصحية وغير الآمنة رغم أنها يمكن أن تؤدي إلى العديد من الإعاقات فإنه باستطاعتنا أن نتفادى حدوث كل هذه العوامل وهو ما يمكن أن يؤدي إلى عدم حدوث العديد من تلك الإعاقات.

ومن الأكثر احتمالاً بالنسبة للأمهات اللائي يحملن وهن لا يزلن في مرحلة المراهقة وذلك قياساً بالأمهات اللائي يحملن في سن أكبر أن يلدن أطفالاً يعانون من الإعاقات الجسمية أي أن الحمل والولادة من جانب الأم التي لا تزال في مرحلة المراهقة من شأنه في الواقع أن يجعل مواليدهن أكثر عرضة لمثل هذه الإعاقات . كذلك فمن الأكثر احتمالاً بالنسبة للأمهات في مرحلة المراهقة قياساً بأقرانهم في سن أكبر أن يلدن أطفالاً مبتسرين، وأطفالاً منخفضي الوزن عند ميلادهم . ويُعد مثل هؤلاء الأطفال في واقع الأمر أكثر عرضة من أقرانهم لمخاطر مجموعة من المشكلات النفسية والجسمية المختلفة عندما يصلون إلى سن المدرسة.

ومن هذا المنطلق فإن الحد من حدوث الحمل أثناء مرحلة المراهقة أو منعه سوف يبتعد بالأطفال عن التعرض لولادتهم وهم يعانون من العديد من تلك الإعاقات الجسمية . ومما لا شك فيه أن سوء تغذية الأم الحامل، والعناية غير الملائمة التي تتوفر خلال مرحلة ما قبل الولادة يمكن أن تؤدي هي

الأخرى إلى إصابة الأم الحامل ببعض الأمراض وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يسهم أيضاً في ولادة أطفال يعانون من بعض الإعاقات. ومن جهة أخرى فإن تطعيم الأطفال الأصغر سناً ضد أمراض الطفولة من شأنه أن يقلل من عدد الأطفال الذين يتعرضون لتلك الإعاقات.

ومن جهة أخرى نلاحظ أنه إذا كانت إساءة معاملة الطفل Child abuse تعد أيضاً عاملاً مساهماً ذا دلالة في حدوث قدر لا بأس به من الإعاقات الجسمية بالولايات المتحدة الأمريكية في الوقت الراهن فإن منع حدوث مثل هذه الإساءة يُعد في حد ذاته مسألة على درجة كبيرة من الأهمية حيث نجد أن هناك عدة آلاف من هؤلاء الأطفال يتراوحون في السن بين المواليد الجدد وحتى المراهقين يتعرضون سنوياً لإساءة المعاملة . ويمكن أن يلعب المعلمون دوراً مهماً في هذا الصدد من خلال قيامهم بالكشف عن حالات إساءة معاملة الأطفال، وإهمالهم، والإبلاغ عنها، ومنع حدوثها نظراً لأنهم يُعدون في الواقع هم أكثر الأفراد بعد الوالدين قضاء لكم كبير من الوقت بجانب هؤلاء الأطفال.

وجدير بالذكر أن الأطفال المعوقين جسمياً أو عقلياً أو انفعالياً يعدون في خطر كبير يعرضهم لإساءة المعاملة وذلك قياساً بأقرانهم غير المعوقين. ونظراً لأن الأطفال المعوقين يُعدون أكثر اعتمادية وأكثر عرضة للإصابة الجسمية فإن الراشدين الذين يقومون بإساءة معاملتهم يجدون فيهم أهدافاً سهلة. وفضلاً عن ذلك فإن بعض خصائص الأطفال ذوي الإعاقات تُعد مصادر إضافية للضغط بالنسبة للقائمين على رعايتهم، وقد تعد بمثابة عوامل مساهمة في حدوث إساءة المعاملة الجسمية. وفضلاً عن ذلك فإن هؤلاء الأطفال يحتاجون قدراً أكبر من الوقت، والطاقة، والمال، والصبر قياساً بما يتطلبه أقرانهم غير المعوقين. وعلى هذا الأساس فإن تربية أي طفل من هذا القبيل تُعد عملية ضاغطة حيث قد تتطلب عملية تنشئة طفل معوق أكثر مما يتم إعداد الوالدين لتوفيره له. ومن ثم فليس من المدهش أن نجد أن الأطفال ذوي الإعاقات يتم تمثيلهم على نحو غير ملائم بين الأطفال الذين تساء معاملتهم وهو الأمر الذي يجعل هناك حاجة ماسة إلى تدريب والديهم على كيفية التعامل الأمثل معهم.

الخصائص النفسية والسلوكية للأطفال المعوقين جسمياً:

هناك العديد من الخصائص السيكلوجية والسلوكية التي تميز الأطفال المعوقين جسمياً والتي يجب أن نضعها في اعتبارنا عند تخطيط البرامج التربوية الخاصة بهم، وعند تقديم التربية الخاصة لهم وما يرتبط بها من خدمات. ومن أهم هذه الخصائص ما يأتي:

التحصيل الأكاديمي:

من المستحيل أن نصل إلى تعميمات تتعلق بالتحصيل الأكاديمي للأطفال المعوقين جسمياً نظراً لأن فئة الإعاقات الجسمية تتباين في طبيعتها بدرجة كبيرة، كما أنها تتباين أيضاً في مستوى حدتها فضلاً عن أن المتغيرات السيكلوجية والبيئية التي تحدد ما سوف يقوم الطفل بتحصيله أكاديمياً

تتباين هي الأخرى بدرجة كبيرة للغاية. ومن ناحية أخرى فإننا نلاحظ أن هؤلاء الأطفال يتغيبون كثيراً عن المدرسة بسبب حجزهم في المستشفى، أو التردد على الأطباء، أو لحاجتهم إلى الراحة في السرير بالمنزل، وما إلى ذلك. ومع هذا فإننا نجد أن بإمكان بعض هؤلاء الأطفال أن يتعلموا على نحو عادي عن طريق استخدام طرق التدريس العادية في حين قد يتطلب بعضهم الآخر طرق تدريس خاصة نظراً لأنهم قد يعانون من التخلف العقلي أو الإعاقات الحسية بجانب الإعاقات الجسمية. وبسبب المقاطعات المتكررة التي يتعرضون لها ويخبرونها في تعليمهم المدرسي فإن بعضهم قد يتعرض لتأخر مستواهم الدراسي ومستوى تحصيلهم الأكاديمي كثيراً عن أقرانهم في مثل سنهم حتى وإن كان مستوى ذكائهم عادياً وكان لديهم قدر عادي من الدافعية للدراسة. وهناك تأثيران أساسيان للإعاقة الجسمية خاصة إذا كانت تلك الإعاقة حادة أو تستمر لمدة طويلة هما:

1- أنه قد يتم حرمان الطفل من الخبرات التربوية المختلفة .

2- أنه قد لا يكون بإمكان الطفل أن يتعلم تناول الأدوات التربوية المختلفة والتعامل معها والاستجابة للمهام التربوية بالطريقة نفسها التي يستجيب بها معظم الأطفال.

ومما لا شك فيه أن بعض الأطفال الذين يعانون من مشكلات جسمية بسيطة أو انتقالية قد لا توجد لديهم أي أوجه قصور أكاديمية على الإطلاق في حين قد يعاني البعض الآخر من مشكلات حادة، كذلك فإننا نجد أن بعض التلاميذ الذين يعانون في الواقع من مشكلات صحية خطيرة ومزمنة لا يزال باستطاعتهم أن يحققوا مستوى مرتفعاً من التحصيل الأكاديمي. وعادة ما يتمتع الأطفال مرتفعو التحصيل بقدرة عقلية مرتفعة، وقدر كبير جداً من الدافعية، كما يقوم آباؤهم ومعلموهم بتوفير المصادر الخاصة المختلفة اللازمة لتحقيق ذلك. أما الأطفال الذين يعانون من الإعاقات النيورولوجية فمن الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم كمجموعة أن يعانوا من أوجه قصور عقلية وإدراكية. وبالتالي فإنهم يقلون في مستوى التحصيل الأكاديمي عن أقرانهم في نفس عمرهم الزمني .

خصائص الشخصية:

لم تؤيد تلك النتائج التي كشفت عنها الدراسات التي أجريت في هذا المجال فكرة وجود نمط شخصية معين أو مفهوم ذات معين يرتبط بأي إعاقة جسمية على وجه التحديد إذ أن الأطفال والمراهقين المعوقين جسمياً يتباينون في خصائصهم السيكلوجية كأقرانهم غير المعوقين، وأنهم عادة ما يستجيبون لنفس العوامل التي تؤثر في النمو النفسي للأطفال الآخرين. ويعتمد تكيف هؤلاء الأطفال لأوجه القصور الجسمية التي يعانون منها واستجابتهم للمواقف الاجتماعية بين الشخصية على تلك الكيفية التي يستجيب بها آباؤهم وأخوتهم ومعلموهم وأقرانهم والآخرون لهم. ويمكن أن نصنف تلك المؤثرات إلى نمطين أساسيين كما يأتي :

استجابات عامة الناس وردود فعلهم: إن اتجاهات عامة الناس تؤثر بشدة على تلك الطريقة التي يرى بها الأطفال المعوقون جسمياً أنفسهم، وعلى فرصهم في تحقيق التوافق النفسي، والتعليم، والتشغيل. فإذا كان رد فعل الآخرين لهم هو الخوف منهم، أو رفضهم، أو يقوم على التمييز بين

الطرفين فإنهم قد يبذلون جهوداً كبيرة حتى يتمكنوا من إخفاء الفروق بينهم وبين أقرانهم العاديين والتي يرونها على أنها وصمة بالنسبة لهم. أما إذا كان رد فعلهم هو الشفقة أو توقع العجز وقلة الحيلة فإن الأفراد المعوقين سوف يميلون إلى أن يسلكوا بطريقة اعتمادية. بينما إذا نظر الأطفال العاديون إلى الأطفال المعوقين جسمياً على أنهم أشخاص يعانون من أوجه قصور معينة ولكنهم مع ذلك يشبهون غيرهم من الأفراد فإن ذلك من شأنه أن يشجعهم على أن يصبحوا أعضاء في المجتمع يتسمون بالاستقلالية فضلاً عن الإنتاجية.

وهناك في واقع الأمر عوامل عديدة تُعد مسؤولة عن تقبل الآخرين للأفراد المعوقين جسمياً، فالجماعات المهنية والمدنية تشجع على تقديم المساندة لهم، وتقلل من خوفهم عن طريق تقديم المعلومات اللازمة لهم، وتوفير التعليم العام. كذلك فإن إصرار الحكومة على الحد من تلك الحواجز المعمارية التي يكون من شأنها أن تمنع المواطنين ذوي الإعاقات من استخدام واستغلال الخدمات العامة تعمل في الواقع على الإقلال من التمييز. ومن جانب آخر فإن تلك البرامج التي تعمل على تشجيع استئجار العمال من ذوي الإعاقات يساعد عامة الناس في رؤية الأفراد المعوقين جسمياً على أنهم منتجون وقادرون على العمل. وفضلاً عن ذلك فإن القوانين التي تحمي حق كل طفل في الحصول على فرصته في التعليم العام قد جعلت هناك احتكاكاً بين العديد من الأفراد غير المعوقين مع أقرانهم الذين يعانون من الإعاقات الشديدة أو الحادة. ولكننا بلا شك نجد أنه لا يزال هناك العديد من الأطفال المعوقين جسمياً يتعرضون إلى أن يرفضهم الآخرون، ويخشونهم، ويشفقون عليهم، ويميزون بينهم وبين الآخرين حيث إنه كلما كانت الإعاقة الجسمية للفرد أكثر وضوحاً كان من الأكثر احتمالاً أن يدركه الآخرون سلبياً.

ومن ناحية أخرى فإن السياسة العامة التي تتعلق بالأطفال المعوقين جسمياً لم تلب احتياجات معظم هؤلاء الأطفال وأسرهم حيث إنه مع توفير الخدمات الطبية والعلاج الطبي اللازم ازداد متوسط عمر العديد من أولئك الأطفال الذين يعانون من أمراض شديدة أو مزمنة، أو الذين يعانون من إعاقات أخرى وهو الأمر الذي أضاف الكثير إلى تلك التعقيدات التي يعانون منها وخاصة فيما يتعلق بمن سيتحمل تكاليف العلاج، وزيادة الموارد المحددة، وأي الأسر هي التي يمكنها الاستفادة من تلك الموارد المحددة دون غيرها من الأسر وهي ما تمثل أموراً غاية في الأهمية في هذا المضمار.

استجابة الأطفال والأسر أو ردود فعلهم: كما أوضحنا سلفاً فإن ردود فعل الأطفال لإعاقاتهم الجسمية إنما تُعد إلى حد كبير انعكاساً للكيفية التي يعاملهم الآخرون بها. فإذا كان الخجل والشعور بالذنب يعدان بمثابة استجابتين متعلمتين فإن هؤلاء الأطفال سوف يشعرون فقط بتلك المشاعر السلبية التي تتعلق بهاتين الاستجابتين إذا ما استجاب الآخرون لهم بالخجل منهم أو توجيه اللوم إليهم وذلك بسبب إعاقتهم الجسمية، وما يترتب عليها من اختلافهم جسمياً عن الآخرين. أما إذا ما تعلم هؤلاء الأطفال الاهتمام بحاجاتهم والعمل على إشباعها فإنهم دون شك سوف يتسمون بالاستقلالية والكفاءة الذاتية وذلك في حدود ما تسمح به إعاقاتهم الجسمية وذلك بدلاً من أن يصبحوا اعتماديين وكثيري المطالب. وإذا ما كان الآخرون من جانب آخر أمناء وواضحين في تقبل

حالاتهم والثناء عليهم فإن ذلك من شأنه أن يساعدهم على تحقيق الإدراك الذاتي الواقعي لأنفسهم، وعلى تحديد أهداف واقعية لأنفسهم أيضاً.

ومع ذلك فإن هناك ردود فعل سيكلوجية معينة تُعد حتمية بالنسبة للأطفال المعوقين جسمياً بغض النظر عن تلك الطريقة التي يعاملهم الآخرون بها حيث نجدهم يرغبون في أن يصبحوا غير معوقين، وأن يشاركوا في نفس الأنشطة كمعظم الأطفال في مثل سنهم، كذلك فإنهم يتخيلون أن تلك الإعاقة التي يعانون منها سوف تختفي مع مرور الوقت. إلا أنه مع تقديم المساعدة اللازمة للطفل وتشجيعه فإنه يتمكن في النهاية من تقبل إعاقته، وأن يحيا حياة سعيدة رغم ذلك حتى ولو عرف الطبيعة الحقيقية لحالته التي يعاني منها. ولا يخفى علينا أنه من المتوقع أيضاً أن يخبر ذلك الطفل الخوف والقلق حيث من الطبيعي بالنسبة لهؤلاء الأطفال أن يشعروا بالخوف عندما ينعزلون عن والديهم، أو يتم حجزهم بالمستشفى أو إيداعهم به، أو يتم إخضاعهم للفحص الطبي والإجراءات التي تُعد مؤلمة بالنسبة لهم. ومع ذلك فإن التعامل الصحيح معهم حتى في مثل هذه المواقف يكون من شأنه أن يعاني من الضغوط الانفعالية التي يتعرضون لها. فالصدمة السيكلوجية على سبيل المثال لا يجب أن تكون بالضرورة نتيجة حتمية لحجز الطفل بالمستشفى أو إيداعه به إذ أن بيئة المستشفى قد تكون في واقع الأمر أفضل من بقاء الطفل بالمنزل خاصة في حالة إساءة المعاملة والإهمال التي قد يلقاهما في المنزل.

وهناك اعتبارات مهمة أخرى بالنسبة للآثار السيكلوجية للإعاقة الجسمية تتضمن عمر الطفل، وطبيعة الإعاقة (أي ما إذا كانت تلك الإعاقة وراثية أم مكتسبة، أو ما إذا كانت تطورية أم لا). وحتى

هذه العوامل لا تكون بطبيعة الحال ذات تأثير موحد إلا أن الطفل الذي يعاني من إعاقة جسمية بسيطة نسبياً أو إعاقة قصيرة المدى قد يكون سيئ التوافق بدرجة كبيرة، وأكثر قلقاً، وأقل قدرة على القيام بأي مهام، وأكثر فوضوية قياساً بطفل آخر يعاني من مرض عضال وذلك بسبب تلك الطريقة التي يتم بموجبها إدارة سلوكات ومشاعر ذلك الطفل. ومع هذا تبقى هناك حقيقة مهمة مؤداها أن فهم مشاعر الطفل والأسرة عامة نحو الإعاقة يعد أمراً بالغ الأهمية في هذا الإطار. ومن جهة أخرى فإن إدارة ما يترتب على سلوكات الطفل من نتائج يُعد عاملاً حاسماً في تعليمه وتأهيله. وإذا كانت مرحلة المراهقة تمثل وقتاً صعباً وحرجاً بالنسبة لمعظم الآباء فإن وجود إعاقة جسمية لدى المراهق لا يعني بالضرورة أن الأسرة سوف تجد أن فترة مراهقة ابنها تعد أكثر أو أقل صعوبة بالنسبة لكلا الطرفين.

وغني عن البيان أن الأسرة تلعب دوراً مهماً وحيوياً في سبيل تعليم طفلها المعوق جسمياً، وإذا كان ينبغي على الأسرة أن تقوم بتقديم المساندة اللازمة لتعليم مثل هذا الطفل فإنها إلى جانب كل من المدرسة والمجتمع الأكبر تعد ذات جذور ثقافية تُعد في أساسها من المحددات المهمة لما يمكن أن يتعلمه الطفل المعوق جسمياً، والكيفية التي يتم هذا التعلم بموجبها وعن طريقها. وبذلك يكون من المهم أن نضع القيم الثقافية في اعتبارنا عند تعليم هؤلاء الأطفال ما يتعلق بالمناهج الأكاديمية إلى جانب ما يتعلق بإعاقتهم أيضاً.

الاعتبارات التربوية Educantional Considerations :

التخطيط الفردي Indiviluatzed Planning:

يحتاج الطلبة ذوو الإعاقات الجسمية إلى العديد من الخدمات إضافة إلى التربية الخاصة. وعادة ما يكون البرنامج التربوي الفردي IEP محددا ومفصلا لهذه الفئة. فالأهداف التربوية والتعليمية عادة ما تكون محددة بخطوات متسلسلة ومرتبة، أما بالنسبة للأطفال ممن هم في عمر أقل من ثلاث سنوات فيتم الاستعاضة عن الخطة التربوية بما يسمى بخطة الخدمات الأسرية الفردية IFSP.

البدائل التربوية:

من الممكن تعليم الأطفال المعوقين جسميا في العديد من البدائل التربوية المتاحة في المجتمع، حيث يعتمد هذا الاختيار للبديل التربوي على نوع وشدة الحالة، والخدمات المقدمة في المجتمع المحيط، ومدى تطور الحالة المرضية، ولكن عادة ما يوضع هؤلاء الأطفال في المدرسة العادية. وفي العديد من حالات الأطفال المدمجين في المدارس العادية والذين يحتاجون إلى إدخال مؤقت في المستشفيات، يتم توفير التعليم في بيئة المستشفى، أما إذا تم وضعهم في داخل منازلهم فبالإمكان قيام أحد المعلمين أو معلم التربية الخاصة بتوفير التعليم اللازم في منزل الطفل حتى عودته إلى مدرسته، وينظر هنا إلى حالة الطفل على أنها حالة مؤقتة ويجب توفير التعليم المناسب في أي بيئة كانت حتى لا يتأخر الطفل عن أقرانه في المدرسة العادية. أما في الحالات الشديدة أو المزمنة فبالإمكان وضع وإقامة الطفل في المستشفى أو في مدرسة مصممة خصيصا للمعوقين جسميا.

اليوم، ويسبب التطور الطبي الهائل يرتاد العديد من الأطفال المدارس العادية، حيث ساهم التطور في الهندسة الحيوية، والتي سمحت للعديد من هؤلاء الأفراد بحرية التنقل والحركة الوظيفية، وأيضا إزالة المعيقات البيئية والعمرانية وحل مشكلات التنقل، والاتجاهات العامة لتدريس الطلبة ودمجهم في المدارس العادية. ولكن لكل بديل إيجابياته وسيئاته، وعادة ما يتم المفاضلة بين هذه الإيجابيات والسلبيات لاختيار أفضل بديل ممكن للطفل.

الأهداف التربوية والمنهاج Educaional Goals and Curricula:

من الصعب وضع أهداف تربوية ومناهج عامة لجميع الأطفال المعوقين جسميا وذلك لاختلاف وتنوع محدداتهم الجسمية. وحتى عند النظر إلى المجموعة الواحدة ، يجب على المعلم تحديد الأهداف والمنهاج بعد تقييم الطفل عقليا، وجسميا، وحسيا، وعاطفيا. والإعاقة الجسمية وخاصة الشديدة والمزمنة والتي تحد من حركة الطفل لها محددات تربوية أهمها:

1. من الممكن أن يحرم الطفل من بعض الخبرات والتي يتمتع بها الأطفال غير المعوقين.
2. في كثير من الأحيان يصعب ويستحال على الطفل المعوق جسميا التعامل والاستجابة مع العديد من المواد والمهام التعليمية كباقي الأطفال. فالطفل ذو الشلل الدماغي لن يستطيع اللعب خارجا والسفر والتنقل، أوإمساك وتقليب أوراق الكتاب، والكتابة، واكتشاف الأشياء باستخدام اليدين، وهنا عادة ما يتم تكييف الانشطة لتتوائم مع الطفل.

العلاقة مع باقي الإعاقات:

قلما يكون لدى الطفل إعاقة واحدة وهذا ما ينطبق على حالة الإعاقات الجسمية، فهناك العديد من الأطفال المعوقين جسميا لديهم أكثر من إعاقة واحدة. ولهذا فهناك حاجة ملحة لتعدد التخصصات والخدمات، وكما نعرف فالتربية الخاصة هي إحدى هذه الخدمات الكثيرة المقدمة.

فالعديد من الأطفال المعوقين جسميا سيحتاجون إلى خدمات المعالج الطبيعي Physical therapist و/أو المعالج الوظيفي Occupational therapist، وكل المعالجين سيقدم العديد من الاقتراحات الجيدة حول مساعدة الطفل في استخدام قدراته الجسمية لأقصى درجة ممكنة، ولمتابعة وإدارة العلاج في الغرفة الصفية، وتشجيع هؤلاء الأطفال على الاستقلالية وعادات العمل الجيد. ويجب هنا على المعلم الاهتمام بكيفية التعامل والوضعية الصحيحة للطفل وذلك لتقليل أية مخاطر على الطفل وزيادة الحركة الاستقلالية الفعالة في التعامل مع الأدوات التعليمية لتعزيز التعليم.

وأخصائيو الأطراف الصناعية والتقويمية Prosthetics and orthotics يقومون بتصميم وبناء الأطراف الصناعية، والمقومات العظمية وأدوات أخرى تساعد الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية للقيام بالوظائف المختلفة على نحو شبه عادي، ومن خلال التواصل مع هؤلاء الأخصائيين سيسهل على المعلم فهم طبيعة وعمل هذه المقومات أو الأطراف ويعرف ماذا يتوقع من الطفل أداءه بناء عليها.

إضافة فإن التعاون مع الأخصائي النفسي Psychologist أو الاجتماعي Social worker له أهميته البالغة عند التعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية. فالتعامل مع عائلة الطفل والمؤسسات المجتمعية مهم جدا لمنع حدوث أي تدهور في العلاج، وأيضا فهؤلاء الأطفال عادة ما يكونوا أكثر عرضة للضغط النفسي، ولهذا يجب على المعلم استشارة مرشد المدرسة للحصول على تقييم دقيق لقدرات الطفل وخاصة العقلية منها.

عادة ما يطلب معالج النطق واللغة Speech-language therapist للعمل مع الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية وخاصة الأطفال المصابون بالشلل الدماغي. سوف يحتاج المعلم للنصح من المعالج النطقي وذلك لزيادة تعلم الطفل للنطق واللغة. ونهاية فالأفراد من جميع الأعمار بحاجة للعب والترفيه، بغض النظر عن إعاقتهم الجسمية، ولهذا فيجب على أي برنامج مقدم أن يوفر الألعاب، والتدريبات الجسدية لتحفيز وترفيه وتعليم مهارات اللعب وتوفير فرص أفضل للترفيه المنتج، ولهذا فالتربية الرياضية المكيفة لقدرات وإعاقات هؤلاء الطلبة هو جزء أساسي ومهم في أي برنامج مدرسي ناجح.

التدخل المبكر Early Interveution :

يذكر العديد من العاملين مع الأطفال الموقين جسميا بعض المخاوف الأساسية وهي:

1. التعرف المبكر والتدخل

2. تطور التواصل لدى الطلبة

يُعد التعرف إلى مظاهر التأخر في النمو وذلك للبدء في التدخل في أسرع وقت ممكن من أهم المراحل للوقاية من تدهور الإعاقة، بحيث يعمل التدخل المبكر على مضاعفة نواتج العلاج لهؤلاء الأطفال. إضافة إلى التواصل كعامل مهم، يذكر العديد من المعلمين أهمية معرفة طريقة التعامل الحركي Handling والوضعيات Positioning الخاصة بالطفل. حيث يعرف التعامل الحركي بكيفية التقاط الطفل وحمله وإمساكه ومساعدته، بينما تعرف الوضعية بكيفية توفير دعم لجسم الطفل وكيفية ترتيب أدوات اللعب والتعلم على نحو يسهل على الطفل الوصول لها. فالتعامل الحركي يخلق بيئة مريحة وسلسة للتعلم، بينما تزيد الوضعية من الفعالية الجسمية وقدرة الطفل على التعامل مع الأدوات المختلفة، وتعمل على تثبيط بعض الاستجابات الحركية غير المرغوبة.

اختيار المهنة Choosing a Career:

من المهم عند البحث عن هدف مهني للمراهقين والشباب ذوي الإعاقة الجسمية أن نقوم بتقييم شامل لقدرات الفرد المختلفة، لإعاقته ومحدداتها ولدافعية الفرد للعمل. ويجب التفكير في التعليم ما بعد الثانوي في ضوء اهتمامات الفرد، ونقاط القوة لديه، واحتياجاته المستقبلية. ويقوم العديد من هؤلاء الشباب بإلغاء بعض الخيارات المهنية نتيجة وجود الإعاقة، ولا ننسى إمكانية الوصول لمراتب عالية في العمل مع وجود الدافعية المرتفعة والاستخدام الجيد للبقايا الحركية الوظيفية .

إن إحدى المشكلات الكبرى في التعامل مع الشباب المعوقين جسميا هي الوصول لهدف تشغيل واقعي، ويجب علينا القيام بتقييم شامل للذكاء، الصفات والخصائص الانفعالية، الدافعية وعادات العمل المكتسبة والاهتمام بها بنفس مستوى الاهتمام بالقدرات الحركية لديه، إضافة إلى ما سبق، فتوافر فرص العمل والحاجة لبعض المهن يجب الأخذ بها أيضا عند اختيار المهنة المستقبلية. فمثلا الشخص المشخص بإعاقات عقلية متوسطة وتشنج شديد في الأطراف الأربع يستحال عليه أن يصبح محاميا أو فني مختبرات أو طابع. ولكن ماذا بشأن شخص لديه شلل دماغي ولكن لديه فكر لامع ودافعية مرتفعة؟ مثل هذا الشخص على الأغلب سيتغلب على إعاقته الجسمية وعلى الوصمة الاجتماعية المرتبطة بإعاقته وسينجح في العديد من المهن التي يغلب فيها الطابع العقلي على الجسدي.

إن بدائل التشغيل متوافرة ومتنوعة تنوع الإعاقات، فالعديد من الأفراد ذوي الإعاقات البسيطة لن يتأثروا بتحديد البديل المهني المناسب، ومع ذلك فسنجد العديد من الأفراد المعوقين غير العاملين بسبب بعض السلوكات الاجتماعية والانفعالية غير المقبولة في مجتمعاتنا، وبالتالي يحتاج هؤلاء الأفراد إلى تأهيل مهني مناسب حتى في أدنى المهن الوظيفية، وهناك العديد من الأمثلة لأشخاص

ذوي إعاقات شديدة استخدموا ذكائهم، ومهاراتهم الاجتماعية والبقايا الحركية في الوصول إلى سوق العمل التنافسي المفتوح والنجاح به.

وفي الوقت الحالي، تحسنت النظرة المهنية العامة للإفراد ذوي الإعاقات الجسمية المتعددة والشديدة من خلال التشريعات الضابطة والبحث العلمي والأمثلة العملية المختلفة. فأساليب التنقل المكيفة والمباني المجهزة لاستقبالهم، والمهارة في استخدام التكنولوجيا، والالتزام الشعبي لتهيئة هؤلاء الأفراد قد نجم عنهم استقلالية شخصية ومالية وتقبلاً اجتماعيا أفضل، مع العديد من المزايا الأخرى للأفراد المعوقين وللمجتمع ككل.

يُعد مفهوم العمل المدعوم Supported Employment من المفاهيم الحديثة للأفراد ذوي الإعاقات الشديدة والذي تم تبنيه على نحو واسع الآن. وهنا يعمل الشخص ذو الإعاقة الشديدة في بيئة عمل عادية، ويصبح موظفا منتظما في عمله، ويقوم بجميع مهام العمل المطلوبة من الجميع ويتلقى في المقابل راتبا مناسبا. ولتحقيق ذلك يجب أن نركز على مفهومي التدريب والدعم المتواصل- ومن هنا أتى مفهوم العمل المدعوم. فمثلا تم توظيف شخص ما كمرحب بالزائرين في متجر ما، ولكنه يحتاج إلى تدريب ودعم في مهارات محددة كالتواصل البصري، الابتسام، استقبال الزوار في المتجر وتحيتهم، ومساعدتهم بعرض عربات التسوق لهم أو توفير معلومات عامة للمتسوقين. ومن الممكن هنا أن يحتاج الشخص لتدريب ومساعدة لمعرفة متى يجب ترك المتسوقين لوحدهم وعدم الإصرار على تقديم المعلومة أو المساعدة إذا لم تطلب منه.

الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية والوسائل التكيفية للحياة اليومية:

يستخدم معظم الأفراد المعوقين جسمياً الأطراف الصناعية Prosthetics (أي إضافة عضو صناعي إلى الجسم البشري)، والأجهزة التعويضية Orthotics ، وغيرها من الوسائل التكيفية الأخرى كي تساعدهم على أداء وظائفهم اليومية على نحو أفضل. وتعد الأطراف الصناعية هي تلك العملية التي يتم بموجبها الاستبدال الصناعي لجزء مفقود من الجسم البشري كاليد الصناعية أو الرجل الصناعية على سبيل المثال. أما الأجهزة التعويضية فتشير إلى تلك الوسائل التي تساعد على تحقيق الأداء الوظيفي الجزئي لجانب معين من الجسم، ومن أمثلتها الدعائم، والسنادات، أو أي وسيلة أخرى تسمح للفرد أن يقوم بأداء شيء ما. بينما نجد على الجانب الآخر أن الوسائل التكيفية للحياة اليومية Adaptive devices for daily living تتضمن في الواقع مجموعة من المواءمات التي يتم إدخالها على تلك الأشياء أو الأمور العادية الموجودة بالمنزل، أو المكتب، أو المدرسة كاستخدام الفرد وسيلة معينة كي تساعده على الاستحمام مثلاً، أو غسيل اليدين، أو المشي، أو ما إلى ذلك أي أنه يكون من شأنها أن تجعل أداء تلك المهام المطلوبة لرعاية الذات والتشغيل أسهل وأيسر بالنسبة للفرد المعوق جسمياً.

ومن أهم المبادئ التي يجب أن نضعها في اعتبارنا عند التعامل في هذا الإطار استغلال الوظائف الباقية لدى الفرد، والبساطة، والثبات كأن تسهم عضلات الذراع مثلاً أو عضلات الكتف أو الظهر في تحريك اليد الصناعية على سبيل المثال. وقد يبدو ذلك وكأنه أمر معقد للغاية أو كثير المطالب بالنسبة للطفل الأصغر سناً الذي يفقد أحد طرفيه العلويين أو يعاني من تشوه معين في أحدهما.

واعتماداً على العمر الزمني للطفل، وطول العضو المبتور، والوظيفة التي يمكن أن يؤديها ذلك العضو، والإعاقات الأخرى التي يعاني الطفل منها قد يكون استخدام مجموعة من الوسائل الصناعية عن طريق الأطراف الصناعية أمراً مفيداً بالنسبة له. ويتوقف اختيار الوسائل الصناعية الأكثر فائدة للطفل على القيام بتقييم دقيق لحاجات كل طفل. فقد يتم تعليم الفرد الذي تبتر رجليه مثلاً أن يستخدم ذراعيه كي يتمكن من التحرك من مكان إلى آخر باستخدام الكرسي المتحرك، أو يتم تدريبه على استخدام جذعه أو ذراعيه كي يتحرك من مكان إلى آخر على رجليه الصناعيتين، وقد يستخدم العكازات أو العصا إلى جانب ذلك. وهذا يعني أنه يجب أن يتم تقييم قدرات كل فرد وتفضيلاته عند تصميم الوسائل الصناعية المناسبة له واستخدامها في الجراحة الترقيعية .

ومع ذلك تبقى هناك نقطتان هامتان تتعلقان بالأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية والوظائف الباقية يجب أن نضعهما في اعتبارنا هما :

1- أن الوظيفة الباقية غالباً ما تكون على درجة كبيرة من الأهمية حتى عندما لا نلجأ إلى الأطراف الصناعية أو الأجهزة التعويضية أو الوسائل التكيفية المختلفة. فقد يكون من المهم بالنسبة لطفل يعاني من الشلل الدماغي على سبيل المثال أو من ضمور العضلات أن يتعلم استخدام أطرافه التي تكون قد تأثرت سلباً في ذلك من غير مساعدة أي جهاز خاص لأن استخدام مثل هذه البقايا الوظيفية Residual function سوف يساعد هذا الطفل على أن يصبح أكثر استقلالاً، وقد يكون من شأنه أن يقيه من حدوث التدهور الجسمي، أو حتى يعطل حدوث ذلك ويؤجله لبعض الوقت. وفضلاً عن ذلك فقد يكون من الأكثر فائدة بالنسبة للطفل أن يتعلم ألا يعتمد كلية على الأطراف الصناعية أو الأجهزة التعويضية طالما يكون بإمكانه أن يؤدي مهمة معينة دون اللجوء إلى أي منهما .

2- غالباً ما يكون للتطورات التكنولوجية معنى محدد للغاية فيما يتعلق بالحاجات المباشرة لغالبية الأفراد المعوقين جسمياً. فقد يستغرق الأمر سنوات طويلة قبل أن يتم اختبار جهاز تجريبي باهظ التكاليف، وقبل أن يتم طرحه في الأسواق بسعر يمكن أن يتحمله غالبية الأفراد، وقبل أن يتم توفير جهاز معين لمجموعة صغيرة فقط من الأفراد يعانون من حالة نادرة جداً. وعلى الرغم من أن جهازاً معيناً قد يوفر قدرة أكبر على المشاركة في الأنشطة العادية للأطفال فإن الأسعار الحالية لمثل هذه الأجهزة التكنولوجية تقف حائلاً أمام استخدامها على نحو عام. وبذلك ينبغي على المدى الزمني الطويل أن نقوم بتوفير الأعضاء الصناعية، والأجهزة التعويضية، وغيرها من الأجهزة الأخرى التي تتم مواءمتها لتلبية احتياجات الأفراد المعوقين جسمياً وذلك على نحو عملي.

وغني عن البيان أننا لا نقلل من أهمية تلك التطورات التكنولوجية التي تم تقديمها للأفراد المعوقين جسمياً. بل إن التطورات التي شهدتها تكنولوجيا الكمبيوتر وتطبيقاتها قد أدت إلى توفير مصدر غير عادي للمساعدة للعديد من التلاميذ المعوقين جسمياً. أما النقطة الأساسية التي نود أن نشير إليها هنا فتتمثل في أن المغزى الأكبر للتطور التكنولوجي غالباً ما يقبع في تلك الكيفية التي يمكن بموجبها أن تحدث تغيرات واضحة في الأمور أو المشكلات العادية. فعلى سبيل المثال نجد أن التطورات التكنولوجية التي شهدها علم المعادن وجراحات التقويم قد أدت إلى تصميم العديد من

الدعائم والسنادات الوظيفية والكراسي المتحركة. كما أن السنادات الثقيلة للأرجل التي كانت تصنع من المعدن والجلد والتي كان يستخدمها سابقاً العديد من الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي أو أي اضطرابات عصبية أخرى كانت تعوق حركتهم، ولم تكن مفيدة في الوقت ذاته في منع حدوث أي تشوه في الرجلين، أو في تحسين الأداء الوظيفي للرجلين قد تم استبدالها في الوقت الراهن بسنادات أخرى أخف منها وأكثر مرونة. وقد تمت صناعة الكراسي المتحركة أيضاً من معادن خفيفة الوزن، وأعيد تصميمها كي تساعد مستخدميها على ارتياد تلك الأماكن التي كان من الصعب أن يصل إليها مستخدمو الكراسي العادية من قبل . كذلك فإن أعداداً متزايدة من الوسائل التي تعمل بالكمبيوتر قد أدت إلى تحسين قدرات الأفراد المعوقين جسمياً على الحركة والتواصل.

هذا ولا تتمثل المشكلة الكبرى في هذا المضمار اليوم في تصميم وسائل تكنولوجية مساعدة جديدة أو أكثر تعقيداً ولكنها تتمثل في التقييم الدقيق للأطفال والمراهقين حتى نتمكن من تحديد ما يُعد هو الأكثر فائدة لهم، ثم إتاحة مثل هذه الوسائل التكنولوجية وتوفيرها إن الأسباب التي تكمن خلف استخدام الوسائل التكنولوجية المتعددة تعد أبعد مما يحدث في معظم المدارس في الوقت الراهن حيث أننا نلاحظ أن العديد من الأطفال والمراهقين الذين يعدون في حاجة ماسة إلى الجراحة الترقيعية أو أي وسائل مساعدة أخرى كالحاسبات الآلية، أو المركبات الخاصة، أو الوسائل المعاونة على رعاية الذات لم يتم تقييمهم على نحو دقيق، ولم يتم تقديم أكثر الأجهزة ملاءمة لهم.

ملخص الفصل (SUMMARY):

كيف يتم تعريف الإعاقة الجسدية وتصنيفها؟

الإعاقة الجسدية هي المحددات الجسدية أو المشاكل الصحية التي تتعارض مع الدوام في المدرسة أو التعلم إلى الحد الذي يطلب له خدمات خاصة والتدريب والمعدات والمواد أو المرافق.

قد يكون خلقيا أو مكتسبا.

قد تكون حادة أو مزمنةأو عرضية أو متطورة.

يجوز أن يرافقه إعاقات أخرى، مثل الإعاقة العقلية والاضطرابات السلوكية أو الانفعالية، أو مواهب خاصة.

ويتكون من الفئات الرئيسية التالية وهي: الإعاقات العصبية الحركية، اضطرابات العظام أو العضلية الهيكلية، وغيرها من الحالات التي تؤثر على الصحة أو القدرات البدنية.

ما هو مدى انتشار الإعاقة الجسدية، وما هي الحاجة إلى التعليم الخاص؟

حوالي 1٪ من السكان في سن الطفولة لديهم إعاقات جسدية أو صحية.

نحو خمس هؤلاء لديهم إعاقات متعددة.

واحد من كل عشرة من هؤلاء يعانون من مشاكل في العظام.

80٪ من هؤلاء يعانون من مشاكل صحية مزمنة.

ما هي بعض الإعاقات العصبية الحركية الكبرى؟

جميعها تنطوي على ضرر لحق بالدماغ قبل أو أثناء أو بعد الولادة مباشرة أو ضرر في الحبل الشوكي.

- الشلل الدماغي، ويتميز، بالشلل، والضعف، و / ___أو غيرها من الخلل الوظيفي الحركي أحيانا يرتبط

بالإعاقة العقلية أو إعاقات أخرى.

النوبات الصرعية وهي عبارة عن تفريغ كهربائي غير عادي في الدماغ

العمود الفقري المفتوح، وهو فشل في إغلاق العمود الفقري أثناء التطور الجنيني.

ما هي أهم الاضطرابات العضلية الهيكلية؟

الحثل العضلي، وهو مرض تنكسي يتسبب في ضعف وهزال تدريجي للعضلات

التهاب مفاصل الأحداث وهو التهاب حاد حول المفاصل قد يؤدي إلى الألم المزمن ومضاعفات أخرى.

× **ما هي الشروط الأخرى التي تؤثر على الصحة أو القدرة الجسدية**

متلازمة الكحول الجنينية (FAS)، الآن واحدة من أكثر الأسباب شيوعا للتشوه والإعاقة العقلية، والناجمة عن تعاطي الأم للكحول أثناء الحمل

الإيدز(AIDS)، عدوى فيروسية تهدد الحياة و غالبا ما تنطوي على مضاعفات عصبية مثل الإعاقة العقلية، ونوبات الصرع، والشلل الدماغي، والاضطرابات السلوكية أو الانفعالية.

الحوادث

كيف يمكن منع حدوث الإعاقات الجسدية ؟

احتياطات السلامة، وتحسين الرعاية الصحية، والوقاية من الحمل في سن المراهقة المبكر، وعدم إساءة معاملة الأطفال، والوقاية من الظروف التي تتسبب في إصابات الدماغ أو العمود الفقري.

× **ما هي الخصائص النفسية والسلوكية للأفراد ذوي الإعاقات الجسدية؟**

لا يمكن التعميم هنا

يعتمد على ردود الفعل من العائلة والمجتمع.

ما هي الأطراف الاصطناعية، تقويم الأعضاء، والأجهزة المكيفة؟

الأطراف الاصطناعية هي أجزاء صناعية للجسم .

تقويم الأعضاء تعزز من وظيفة هذا الجزء من الجسم.

أجهزة التكيف تساعد في الأنشطة اليومية.

ما هي الاعتبارات الرئيسية التعليمية للطلبة ذوي الإعاقات الجسدية؟

يجب على التربية تحقيق الاستفادة القصوى من قدرات الطلبة .

ينبغي أن يكون التعليم في بيئة طبيعية قدر الإمكان وتجهيز الطالب للحياة اليومية، فضلا عن التحضير المسبق لفرص العمل أو مواصلة التعليم.

لماذا التدخل المبكر مهم، وعلى ما ينبغي أن تركز عليه؟

التدخل المبكر أمر مهم في منع تطور العجز وزيادة نمو الطفل.

يجب على التدخل المبكر التركيز على جوانب التواصل، وتحديد المواقع، والمهارات الاجتماعية.

ما هي القضايا الرئيسية التي تتميز بها المرحلة الانتقالية للطلبة ذوي الإعاقات الجسدية؟

التنقل من وضع/ مكان إلى آخر، فضلا عن التحضير لمرحلة البلوغ.

اختيار والإعداد لمهنة مستقبلية.

الفصل

12

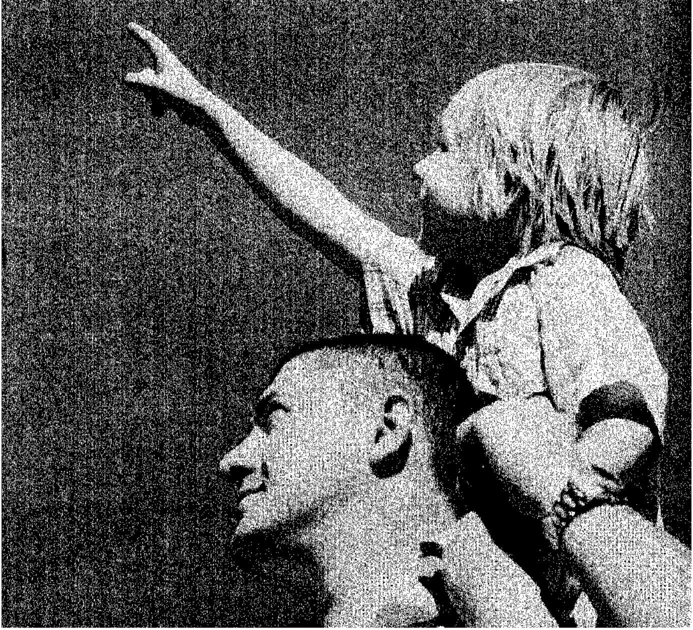
الطلبة ذوو الموهبة والتفوق

Learners With Special Gifts and Talents

أ. د. فتحي جروان

قسم الإرشاد والتربية الخاصة

جامعة عمان العربية



إن الشخص العبقري لا يبدو محظوظاً في اكتشاف نفسه بنفسه، كما أنه غير محظوظ أيضاً بأن يتم اكتشافه من قبل المحيطين المقربين له، فهم مقربون له لدرجة لا تجعله محط اهتمامهم كما أنهم لا يتمكنون من إدراك مميزاته، كما أنهم غير قادرين على رؤية الفروق الموجودة بين قدراته وقدراتهم. إنهم بذلك لا يتمكنون من إدراك حقيقة اختلافه وتميزه عنهم. وللأسف فإن هذا الإدراك وحده هو من يظهر ذلك الاختلاف والتميز بين الشخص العبقري وبين المقربين المحيطين به.

مارك توين: السيرة الذاتية لمارك توين.

يتوقع بعد قراءتك لهذا الفصل أن تعرف الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- كيف تُعرّف الموهبة؟
- ما نسبة انتشار الموهبة؟
- ما أسس الموهبة وأصولها؟
- كيف يمكن التعرّف على الموهبة؟
- ما الخصائص النفسية والسلوكية للطلبة ذوي المواهب الخاصة؟
- كيف تؤثر القيم الثقافية في تعليم الطلبة الموهوبين والمتفوقين؟
- ما الفئات المهملة من الطلبة الموهوبين والمتفوقين؟
- ما الاعتبارات التربوية الأساسية للطلبة ذوي المواهب الخاصة؟
- ما المشكلات الرئيسة في التدخل المبكر مع الطلبة الموهوبين والمتفوقين؟

بعض الاعتقادات الخاطئة والصحيحة حول الطلبة ذوي الموهبة والتفوق

الاعتقاد الخاطئ: إن الأشخاص الذين لديهم مواهب عقلية ضعفاء جسمياً، شواذ اجتماعياً ضيّقو الاهتمامات وعرضة لعدم الاستقرار العاطفي والانحدار المبكّر.

الاعتقاد الصحيح: يوجد تباينات واسعة بين الأفراد من ذوي المواهب العقلية، ومعظمهم أصحاء، فيتكيّفون جيداً، جذّابون اجتماعياً، ولديهم مسؤولية أخلاقية.

الاعتقاد الخاطئ: الأشخاص الذين لديهم مواهب خاصة هم فوق البشر بصورة ما.

الاعتقاد الصحيح: الأشخاص الذين لديهم مواهب خاصة ليسوا فوق البشر، بل إنهم أناس لديهم مواهب غير عادية في مجالات معينة، وكأي فرد آخر يمكن أن تكون عندهم أخطاء وهفوات.

الاعتقاد الخاطئ: الأشخاص الذين لديهم مواهب خاصة ميّالون لعدم الاستقرار العقلي.

الاعتقاد الصحيح: أولئك الذين لديهم مواهب خاصة هم على الأغلب متكيفون جيداً وأصحاء عاطفياً كغيرهم ممن ليس لديهم مثل مواهبهم.

الاعتقاد الخاطئ: يوجد 3% - 5% من المجتمع لديهم مواهب خاصة.

الاعتقاد الصحيح: إن النسبة المئوية لمن لديهم مواهب خاصة في المجتمع تعتمد على تعريف الموهبة المستخدم، وهناك بعض التعريفات تتضمن 1% أو 2% بينما يشمل البعض الآخر نسبة 20% أو أكثر.

الاعتقاد الخاطئ: الموهبة سمة ثابتة، ودائماً توجد لدى الشخص في جميع مراحل حياته.

الاعتقاد الصحيح: بعض المواهب والنتاجات المتميزة لدى الأشخاص من ذوي المواهب الخاصة تتطور مبكراً وتستمر خلال حياتهم، وفي حالات أخرى، لا تتم ملاحظة موهبة الفرد حتى مرحلة الرشد، وأحياناً يظهر الطفل قدرة متميزة في الطفولة ولكنه في مرحلة الرشد يصعب تصنيفه.

الاعتقاد الخاطئ: الأشخاص ذوو المواهب الخاصة يعملون كل شيء على مايرام.

الاعتقاد الصحيح: بعض الأشخاص الذين يوصفون بأن لديهم مواهب خاصة يمتلكون قدرات متنوعة، وبعضم الآخر لديهم مواهب متميزة في مجال واحد.

الاعتقاد الخاطئ: الأشخاص الذين لديهم مواهب عقلية خاصة يحصلون على نسب ذكاء فوق مستوى معين في اختبارات الذكاء.

الاعتقاد الصحيح: نسبة الذكاء هي مؤشر واحد على نوع واحد من الموهبة. فالإبداع والدافعية المرتفعة لهما نفس أهمية اختبارات الذكاء، أما المواهب في بعض المجالات كالفنون البصرية والأدائية فلا تقيّم باختبارات ذكاء.

الاعتقاد الخاطئ: الطلبة الذين لديهم موهبة حقيقية في مجال ما سوف يتفوقون من غير رعاية خاصة، ويحتاجون فقط إلى الحوافز والتدريس الملائم لجميع الطلبة.

الاعتقاد الصحيح: بعض الطلبة الموهوبين سوف يكون أداؤهم متميزا بدرجة عالية من غير رعاية تربوية خاصة من أي نوع، والبعض سوف يصنعون مساهمات متميزة حتى مع وجود عقبات كبيرة لتحصيلهم، ولكن معظمهم لن يبلغ مستوى التحصيل الذي يتناسب مع قدراتهم ما لم تتم تقوية مواهبهم بصورة ومن خلال التدريس الملائم لقدراتهم المتقدمة.

إن الأشخاص من ذوي المواهب الخاصة أو القدرة على الأداء المتميز قد يمضون في حياتهم غير معروفين، وكما أشار مارك توين في افتتاحية هذا الفصل فإنهم قد لا يبمن غير متميزين حتى لأقرب أصحابهم، وفي بعض الحالات لا يتم اكتشاف الأطفال والشباب من ذوي المواهب الخاصة لأن أسرهم والمقربين منهم لا يقدّرون مواهبهم. وفي حالات أخرى لأنهم لم يعطوا فرصاً أو تدريباً، ولا سيّما بالنسبة للفقراء أو أفراد جماعات الأقليّة، حيث يُحرم هؤلاء من الفرص اللازمة لإظهار أو تطوير طاقاتهم.

والسؤال الذي يبرز هنا هو: كم كان يمكن أن يكون لدينا من الأدباء والعلماء المتميزين، لو توافرت لكل طفل الفرصة والتدريب اللازم لتطوير مواهبه لأقصى درجة ممكنة؟ إننا نعرف على وجه اليقين أن العدد سوف يكون أكثر بكثير، ولكننا لا نعرف تماماً ماهيته.

وعلى خلاف الصعوبات والتحديات الأخرى، فإن المواهب بمثابة قدرات يعتقد كل فرد تقريباً بأنها يجب أن تُعزز وتتم رعايتها بصورة هادفة، ومع ذلك فإن الموهبة ليست بلا عوارض أو مخاطر، فهناك أناس كثيرون يتضايقون من أولئك الذين يفوقون الأفراد العاديين في بعض مجالات الإنجاز، وخاصة في مجالات المعرفة الأكاديمية أو التحصيل الدراسي، إن الأطفال الذين يحققون تفوقاً بعيداً عن مستوى أقرانهم العاديين قد يكونون عرضة للنقد، والعزلة الاجتماعية، والضغط الاجتماعي الضار من والديهم والأطفال الآخرين والعاملين في المدرسة (Callahan, 2011; Freeman, 2000, 2005).

إن بعض مشكلات الموهبة توازي تلك المشكلات في ظروف الإعاقة، وعلى سبيل المثال فإن تعريف مفهوم الموهبة والتعرف على الأطفال الموهوبين والمتفوقين ينطوي على نفس الصعوبات كما هو في حالات الإعاقة العقلية أو الاضطرابات الانفعالية والسلوكية (Kauffman & Hallahan, 2005).

ولكن السؤال الفلسفي المفهوم ضمناً بالنسبة للموهوبين يجعلنا نفكر بطريقة مختلفة تجاه هذه الحالة الاستثنائية، فمعظمنا يشعر بأن عليه التزاماً أخلاقياً لمساعدة الأشخاص الذين لديهم حالة انحراف سلبي مقارنة بالعاديين ولديهم فروقات تمنعهم من الوصول إلى المستويات العادية من الكفاية ما لم تقدم لهم المساعدة خاصة، ولكننا قد لا يكون لدينا نفس الشعور بالإلتزام الأخلاقي لمساعدة الأشخاص الذين لديهم مواهب خاصة ومتفوقون على معظمنا، حتى يصبحوا أفضل، ويتميزوا على نحو أوضح بتحقيقهم أقصى أداء ممكن.

إنّ الرغبة أو الحاجة لمساعدة الطلبة الأعلى تحصيلاً ليصبحوا أفضل، غالباً ما تكون موضع تساؤل، لأنّ التركيز اليوم على البرامج التي تعمل على تطوير مواهب جميع الطلبة، وهذا يعني

اهتماماً خاصاً أقل بأولئك الذين يمكن الكشف عنهم كموهوبين أو متفوقين. وكما أشار بعض الباحثين، فإنّ هذا التوجّه لعدم الاهتمام بالموهبة أو إهمالها ، خاصة مع تأثرها بقانون عام 2002، No Child Left Behind Act of 2002 (NCLB)ليس توجهاً حكيماً بأي حال. (Gahhagher, 2000b; Gentry, 2006; Goodkin, 2005; Kauffman & Konold, 2007; Mendoza, 2006; Van-Tassel-Baska, 2006) وقد وصف ديجنارو (DiGennaro, 2007)، إهمال طلبتنا الأكثر تفوقاً بالسرّ المروّع لسياسة التربية الأمريكية المعاصرة.

تعريف مفهوم الموهبة Definition of Giftedness:

إن الطلبة الموهوبين والمتفوقين يبرزون بطريقة ما مقارنة مع الطلبة الآخرين في نفس العمر، ولكن هذه العبارة عديمة المعنى تقريباً وتختفي وراءها وجود اتفاق محدود بين المربّين حول كيفية تعريف الموهبة. إن عدم الاتفاق على تعريف الموهبة يعود أساساً لاختلافات الآداء حول التساؤلات الآتية:

1. بأي الطرق يتميز الطلبة الموهوبون والمتفوقون؟

هل يتميزون في الذكاء العام، أو الإستبصار، أو الإبداع، أو المواهب الخاصة، أوالتحصيل في موضوعات أكاديمية، أو في عمل ذي قيمة، أو في الحكم الأخلاقي، أو في بعض العوامل مجتمعة؟ وربما يُعد كل واحد موهوباً على نحو أو بآخر؟ ما نوع الموهبة الأكثر أهمية؟ وما نوع الموهبة التي يجب تشجيعها؟

2. كيف تقاس الموهبة؟

هل تقاس باختبارات استعداد أو تحصيل مقننة، أو بأحكام المعلم، أو بالأداء السابق في المدرسة أو الحياة اليومية، أو بوسائل أخرى؟ وإذا قيست بأي طريقة واحدة، فإن بعض الأفراد سيتم تجاوزهم. وإذا كان الأداء السابق هو الحل، فإن التعريف يكون متجاوزاً للواقع. ما هي أدوات القياس التي تتمتع بالصدق والثبات؟ ما هي أدوات القياس التي يمكن أن تكشف عن أولئك الطلبة الذين لديهم القدرة على تطوير مواهبهم؟

3. إلى اي درجة يجب على الطالب أن يتفوق حتى يمكن اعتباره موهوباً؟

هل على الطالب أن يتفوق على 50%، 80%، 90%، أو 99% من مجموعة المقارنة؟ إن عدد الأفراد الذين لديهم مواهب خاصة سوف يختلف تبعاً للمحك أو المحكات المستخدمة في تعريف الموهبة. ما النسبة المئوية من المجتمع التي يجب اعتبارها موهوبة؟

4. من الذي يجب أن يكون في مجموعة المقارنة؟

هل يجب أن تتضمن مجموعة المقارنة كل طالب في العمر الزمني نفسه، أو الطلبة الآخرين في المدرسة نفسها، أو كل الطلبة من الأصول العرقية نفسها، أو بعض المجموعات الأخرى؟ إن كل واحد

تقريباً هو الأكثر قدرة أو الأذكى بالنسبة لمجموعة ما. فأي مجموعة يجب أن تكون المرجعية أو التي تحدد المعيار؟

5. **لماذا يجب الكشف عن الطلبة الموهوبين والمتفوقين؟**

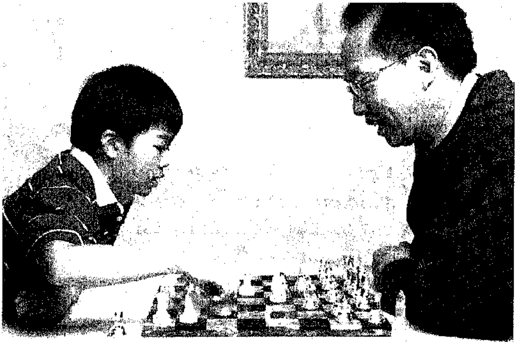
ما المصلحة الاجتماعية أو الثقافية التي يتوقع أن تتأتى من الكشف عنهم؟

هل من المهم الاستجابة للحاجات التربوية الفردية لكل طالب؟ هل الاقتصاد الوطني أو قضايا الأمن الوطني في خطر؟ هل الكشف عن هؤلاء الطلبة يساعد على بقاء مجموعة نخبوية أو قوة اجتماعية؟ هل من خلال تزويد هؤلاء الطلبة بفرص تربوية، يكسب الآخرون منافع شخصية أو اجتماعية؟ وما هي المحكات التي يجب استخدامها للحكم على ما إذا كان الكشف عن هؤلاء الطلبة يعود على المجتمع بالفائدة المرجوة؟

إن الموهبة أو التفوق مثل الإعاقة العقلية، هي ما نختاره لها أن تكون، فيمكن اعتبار شخص ما موهوباً (أو معاقاً عقلياً) في يوم ما، ولا نعده كذلك في يوم آخر، والسبب ببساطة أن تعريفاً اعتباطياً لأي منهما قد تغيّر. لأن التعريفات التي يستخدمها المختصّون ليست صحيحة أو خاطئة بالفطرة، فبعض التعريفات يمكن أن تكون منطقية بدرجة أكبر وأكثر دقة، أو أكثر فائدة من غيرها، ولكننا لا نستطيع القول أنها أكثر صحة من غيرها بصورة مطلقة. إن علينا أن نصارع لإيضاح مفاهيم الموهبة والتفوق، وبيان الأسباب للكشف عن الأفراد من ذوي المواهب الخاصة، قبل أن نتخذ أي قرار حول التعريف. إنّ أي تعريف للموهبة يتشكل بدرجة كبيرة بناء على ثقافة المجتمع المحيط من حيث كونها مفيدةً أو ضروريةً لبقائه، فالموهبة تُعرّف ولا تُكتشف (Callahan, 2011; Gallagher, 200a, 2000b, 2002; Heller, Monks. Sternberg, & Subotnik, 2000; Lohman, 2006).

إن التعبيرات المرتبطة بالموهبة يمكن أن تكون أكثر تشويشاً، فبالإضافة لكلمة موهوب هناك عدة ألفاظ أخرى مستخدمة في وصف الأفراد المتميزين بطريقة ما مثل: متفوق، مبدع، متبصّر، عبقري، ونابغة.

- **النبوغ**: يشير إلى التطور المبكر على نحو لافت للنظر، والأطفال النوابغ يطورون مواهبهم في بعض المجالات كاللغة والموسيقى والرياضيات في سن مبكرة جداً.
- **التبصّر**: يمكن تعريفه بأنه القدرة على فصل المعلومات ذات العلاقة عن غيرها، وإيجاد طرائق جديدة ومفيدة في دمج معلومات متناثرة ولكنها ذات صلة، أو ربط معلومات جديدة بأخرى قديمة بطريقة تتميز بالأصالة والانتاجية.
- **العبقرية**: يستخدم هذا التعبير في بعض الأحيان للدلالة على استعداد أو قدرة معينة في أي مجال، وقد استخدم للإشارة إلى القدرات العقلية الأكثر ندرة (غالباً ما افترضت نسبة ذكاء للدلالة عليه)، أو الإبداع.
- **الإبداع**: يشير هذا التعبير إلى القدرة على التعبير عن أفكار تتميّز بالجدّة والفائدة، وإدراك أو شرح علاقات جديدة ومهمة، وإثارة أسئلة غير مطروحة سابقاً، ولكنها أسئلة حاسمة.
- **التفوق**: عادة ما يستخدم هذا التعبير للإشارة إلى قدرة خاصة أو استعداد أو إنجاز.



- الموهبة: يشير هذا التعبير (كما استخدم في هذا الفصل) إلى التميز المعرفي (العقلي) ليس بالضرورة على مستوى العبقرية، والإبداع، والدافعية مجتمعة، وبمستوى يضع الأطفال في موقع متقدم بالنسبة للغالبية العظمى من أقرانهم في نفس المستوى العمري، ويمكن لهم أن يسهموا بشيء ذي قيمة معينة للمجتمع.

إنّ قلّة الإجماع على معنى الموهبة يطرح مشكلات بالنسبة للتعريفات الحكومية، حيث لا يوجد قانون فيدرالي (أمريكي) يتطلب تقديم برامج تربوية خاصة للطلبة ذوي المواهب الخاصة، مع أنّ المشرعين الفيدراليين يشجعون الولايات على تطوير برامج ودعم البحوث. إن التشريع الفيدرالي الإلزامي في التربية الخاصة ينطبق فقط على الطلبة الذين لديهم صعوبات أو إعاقات بالإضافة للموهبة (Huefner, 2006; Zirkel, 2003)، وعلى أي حال، فإن معظم الولايات لديها برامج إلزامية، وأن أكثر العناصر العامة في تعريفاتها هي :

(1) القدرة العقلية العامة، (2) الاستعداد الأكاديمي الخاص، (3) القدرة على التفكير الإبداعي، (4) قدرة متقدمة في الفنون الجميلة والأدائية ، و(5) القدرة القيادية.

إن ميدان التربية الخاصة بدأ يقدّر الطرائق المختلفة للتعبير عن الموهبة في الميادين المختلفة للحياة الإنسانية، وبالمثل بدأ التربويون يسلّمون بتجّذر معنى الموهبة في القيم الثقافية أو الحضارية للمجتمع (Gallagher, 2002; Karnes & Bean, 2001; Lohman, 2006; Sternberg, 1998, 2000). فهناك الكثير من القدرات المختلفة وكذلك الكثير من الطرائق لقياسها. وما يُعد موهبة، وكيفية قياسها يعتمد بدرجة كبيرة على المعتقدات والقيم الثقافية. إن معظم الخبراء الآن يعرفون أن الذكاء ليس كل شيء بالنسبة للموهبة (Lohman, 2006). إن الاعتراف بالمظاهر المتعددة للذكاء الإنساني

ادى لعدم قبول المفهوم السابق للذكاء الذي يختصره برقم منفرد (IQ) ويفترض بأنه غير قابل للتغيير (Gould, 1996). فقد وصف ستيرنبرج (Sternberg,1997) نظريته في الذكاء وأشار إلى وجود ثلاثة أنواع من الموهبة: تحليلية، وتركيبية، وعملية:

- **الموهبة التحليلية:** تتضمن هذه الموهبة القدرة على تناول المشكلة على انفراد لفهم أجزائها وكيفية ترابطها، وهي مهارة تقاس عادة باختبارات الذكاء التقليدية.
- **الموهبة التركيبية:** تتضمن هذه الموهبة التبصر والحدس والابداع، أو المهارة في التكيّف مع المواقف الجديدة، وهي مهارة ترتبط عادة بالتحصيل المرتفع في الفنون والعلوم.
- **الموهبة العملية:** تتضمن هذه الموهبة تطبيق القدرات التحليلية والتركيبية في حل مشكلات الحياة اليومية، وهي مهارات يتصف بها الأشخاص الناجحون في مهنهم.

ومن الأفكار الشعبية المعاصرة القول بأن الفرد يمتلك "ذكاءات متعددة" (Gardner & Hatch, 1989; Chan, 2006). وعلى أيّ حال فإن مفهوم الذكاءات المتعددة يتعذر الدفاع عنه علمياً ، لأنه غير مدعوم بالبحث العلمي (LIoyd,&Hallahan,2007؛ Willingham, 2009). إن نظرية الذكاءات المتعددة يعتقد الكثيرون بأنها صحيحة على نطاق واسع، ولكن هناك القليل من التطبيقات الموثوقة للنظرية في التدريس (LIoyd, &Hallahan, 2007).

إن معظم الخبراء في تعليم الطلبة الموهوبين والمتفوقين يعتقمن غير بأن الموهبة تشير إلى قدرات فائقة في مجالات محددة للأداء، ويمكن أن تكشف عن نفسها في ظروف معينة من غير غيرها، ومع أنها تعني قدرة متميزة على أداء شيء يقدّره المجتمع، فإنها ليست سمةً ملازمة للفرد ومحصنة ضد التغير مدى الحياة (Reis & Renzulli,2009). وفوق ذلك، لا يعني أن يكون لدى الشخص موهبة في شيء ما ، أنه جيد في كل شيء، كما أن الشخص الذي يفكر جيداً في موضوع ما، ليس بالضرورة أن يكون مفكراً جيداً في كل شيء. إن الافراد يصبحون جيدين بطريقة استثنائية في شيء ما من خلال تطوير قدرتهم في عمل ذلك الشيء. إن القدرة " ليست أداة عقلية يمكن تطبيقها حسب الرغبة في أي محتوى عقلي .... كما أنّ جميع الاختبارات المعرفية تقيس قدرات متطورة ، ولا يوجد أيّ استثناءات لذلك (Lohman, 2006, p.37).

نسبة الإنتشار Prevalence:

تفترض التقارير والتشريعات الفيدرالية (الأمريكية) أن ما بين 3%، و 5% من مجتمع طلبة المدارس الأمريكية يمكن عدُّهم من ذوي المواهب الخاصة. ومن الواضح أن نسبة الانتشار هي انعكاس للتعريف المستخدم، فإذا كان التعريف ينص على أن x ٪ على محك معين موهوبون، فإن نسبة الانتشار تكون قد تحددت بهذه النسبة، وإذا كانت هذه النسبة المئوية تشير إلى عيّنة وطنية، فإن انتشار الطلبة الموهوبين في مدرسة أو مجموعة ثقافية سوف يختلف عن تلك المجموعة المرجعية، بغض النظر عن المحك المستخدم في قياس الأداء (Callahan,2011).

أصول الموهبة Origins of Giftedness:

اظهرت البحوث بأن البيت والأسرة مهمة جداً خاصة في السنوات المبكرة من عمر الطفل

إنّ الموهبة كما تعرّف الآن ليست شيئاً يضع الموهوبين جانباً في جميع الحالات مقارنة بالأشخاص العاديين، بل إنها تشير إلى قدرات خاصة ذات قيمة وغير عادية، يمكن للأشخاص أن يظهروها في فترة معينة من حياتهم، ولذلك فإن العناصر الأساسية التي تسهم فيها هي تقريباً العناصر نفسها التي تقوّي أي نوع من السلوك سواء كان روتينياً أو استثنائياً، وهي:

1. عناصر جينية وبيولوجية كالوظائف العصبية والتغذية.
2. عناصر اجتماعية كالأسرة والمدرسة ومجموعة الرفاق والمجتمع.

ومع أن الموهبة يمكن أن تتحدد جزئياً بالموروث الجيني للفرد فإن ما تتضمنه من مكونات معقّد للغاية ولا يتوزّع حسب العرق أو الطبقة الاجتماعية. أما القول بأن الموهبة مورثة بالكامل فهو من أسوأ الأفكار التي ارتبطت برعاية الموهوبين (Gallagher, 2006). ومع ذلك فإن الأطفال لا يولدن غير بقدرات متساوية. وهناك بعض الأطفال الذين يولدن غير ولديهم القدرة على تعلم تلك المفاهيم والأفكار، التي تقدرها المجتمعات الحديثة لدى الأطفال والراشدين بسرعة أكثر من غيرهم، إن هؤلاء الاطفال وقدراتهم عرضة لتأثيرات اجتماعية كثيرة، وعليهم التفاعل مع عناصر بيئتهم أومحيطهم. وعليه غالباً ما يكون من الصعب أن يوجد طلبة بهذه المواهب الخاصة في مجتمع متعدد الثقافات (Gallagher, 2006, p.6)

إن الأسر والمدارس ومجموعات الرفاق، والمجتمعات المحلية، لها تأثير كبير في تطور الموهبة، فالإثارة والفرص والتوقعات والمتطلبات والمكافآت للأداء، جميعها تؤثر في تعلم الطلبة.

فكيف تستطيع الأسر والمدارس والثقافة الاجتماعية رعاية مواهب الأطفال؟ لقد أشارت البحوث أن الآباء يتباينون بدرجة كبيرة في اتجاهاتهم وإدارتهم لموهبة أطفالهم (Renzulli & Park, 2002). إن البيت والأسرة عوامل حاسمة الأهمية خاصة بالنسبة للاطفال الأصغر سناً (.Muratore, et al 2006)، وفي عائلات الأشخاص الأكثر نجاحاً نجد:

- أحد أفراد العائلة (عادة كلا الأبوين أو أحدهما) لديه، اهتمام خاص بموهبة الطفل، ويقدم دعماً كبيراً وتشجيعاً لتطويرها.
- الآباء يلعبون دور القدوة (على الأقل في مرحلة بداية تطوير طفلهم لموهبته)، وخاصة في نمط الحياة.

- الآباء يشجعون طفلهم على الاكتشاف والمشاركة في النشاطات المنزلية المرتبطة بمجال الموهبة المتطورة، ويعزّزون أو يكافئون الإشارات البسيطة على اهتمامه وقدرته.
- الآباء يسلّمون بأن اطفالهم سوف يتعلمون في مجال موهبتهم كما يتعلمون اللغة.
- تظهر العائلة السلوكات والقيم المتوقعة ذات العلاقة بالموهبة، ويأخذون على عاتقهم توضيح المعايير والجداول للأداء الملائم لمرحلة تطور الطفل.
- التعليم لم يكن رسمياً ويحدث في مواقف كبيرة، ويأخذ شكل الاستكشاف واللعب.
- تتفاعل العائلة مع معلم خاص، وتحصل على معلومات لتوجيه الطفل أثناء تدريبه، بما في ذلك المهمات الخاصة اللازم إنجازها، والنقاط التي تتطلب التركيز أو المشكلات اللازم حلها، والجدول الزمني المتوقع من الطفل أن ينجز فيه بعض الأهداف، و الوقت اللازم تكريسه للتطبيق.
- يلاحظ الآباء التطبيق، ويزوّمن غير الطفل بالإرشادات عندما يلزم، ويكافئونه عند عمله شيئاً جيداً أو حسب المعيار.
- يبحث الآباء عن تعليم خاص أو معلمين خاصين للطفل.
- يشجع الآباء أطفالهم على المشاركة في النشاطات (كالمسابقات، والحفلات الموسيقية والفرق وغيرها) التي يظهر الطفل فيها قدراته أمام العموم.

وكيف تستطيع المدارس رعاية مواهب الأطفال ؟ لقد حظيت القضية بقليل من الانتباه أو الاهتمام، كما أشارت روبنسون وآخرون (Robinson, Shore, & Enerson, 2007)، ومع ذلك فإن الطريقة التي تكشف فيها المدرسة عن الموهبة، وطريقة تجميعها للموهوبين، وتصميم المنهج، ومكافأة الأداء، لها آثار عميقة على ما ينجزه الأطفال الأكثر قدرة. وعندما تسهل المدرسة الأداء لجميع الطلبة القادرين على الإنجاز المتميز في مجالات خاصة، فإن الموهبة يمكن أن تظهر بين الأطفال من جميع الطبقات الاجتماعية والثقافية.

الكشف عن الموهبة Identification of Giftedness:

إن قياس الموهبة قضية معقدة (Lohman, 2006)، فالأساليب الملائمة للكشف المبكّر، سوف تساعد الأطفال الموهوبين والمتفوقين على تحقيق ذواتهم، وتساعدهم على تطوير قدراتهم الخاصة للوصول إلى إسهام فريد وذي قيمة للمجتمع. إنّ أكثر الأساليب العامة في الكشف عن الموهبة تتضمن نسبة الذكاء مقاسة باختبار ذكاء فردي أو جمعي، ودرجات اختبارات التحصيل المقنّنة، وترشيحات المعلمين، وترشيحات الوالدين، وترشيحات الأقران، والترشيحات الذاتية، وتقييم عمل الطالب أو أداءه. وفي الواقع هناك حجج قوية يمكن إثارتها بشأن عدم الإسقاط الكلّي للاتجاه التقليدي السيكومتري المستند إلى درجات الاختبارات (Robinson, 2005). وعادة ما يستخدم أحد أشكال الجمع بين عدة أساليب في الكشف عن الموهبة، وعلى التربويين أن يأخذوا في اعتبارهم، عند تصميم أساليب الكشف التي تحقق العدالة بالنسبة للأفراد من جميع الطبقات الاجتماعية، والفئات

الثقافية والعرقية التعريفات المتنوعة للموهبة، والآثار المترتبة على التنوع الثقافي في سلوك الأطفال Briggs, & Strickland, McClusky, Baker, & McClusky, 2005; Tomlinson, Ford, Reis) (2004. وعند معالجة الفروق في تعدد الثقافات، من المهم معرفة التباينات أو الاختلافات الاجتماعية والاقتصادية، واللغوية، والقيمية التي تتصف بها المجموعات العرقية والثقافية المختلفة فيما بينها، وفي كل منها. وقد اقترح هانساكر وكلهان (Hunsaker & Callahan,1955) ثمانية مبادئ عامة لضمان العدالة في الكشف عن الموهبة:

1. أن تتجاوز أساليب التقييم المفهوم الضيّق للموهبة.
2. استخدام استراتيجيات ملائمة ومنفصلة للكشف عن المظاهر المختلفة للموهبة.
3. استخدام أدوات واستراتيجيات تتصف بالصدق والثبات في تقييم الموهبة.
4. استخدام أدوات ملائمة للكشف عن ذوي المواهب في المجتمعات المحرومة.
5. اعتبار كل طفل فريد من نوعه وعدم تجاهل الحدود التي تنطوي عليها الدرجة المنفردة لأي اختبار.
6. استخدام عدة محكات وعدة مقاييس في الكشف عن المواهب.
7. إجراء دراسة حالة واستخدام طريقة ملائمة في دمج الدرجات.
8. الكشف عن الموهوبين وتصنيفهم يجب أن يستند إلى الحاجات الفردية للطلبة وقدراتهم وليس إلى عدد الطلبة الذين يمكن تقديم الخدمة إليهم.

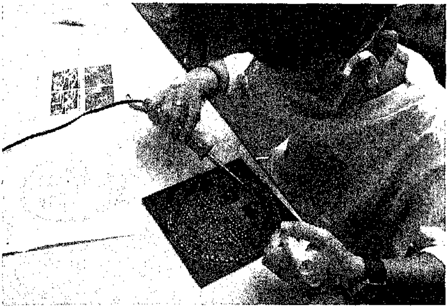
إنّ أساليب الكشف يجب أن تركز على التوازن في اختيار الطلبة الذين لديهم قدرات أعلى من المتوسط بوضوح، وجميع الطلبة الواعدين بأداء موهوب في المستقبل (Robinson, 2005).

الخصائص السلوكية والنفسية Psychological and Behavioral Characteristics:

لقد تم الاعتراف بالموهبة بصورة أو بأخرى في كل مجتمع عبر التاريخ المكتوب. وفي كثير من المجتمعات، كانت النظرة التقليدية للأفراد الموهوبين تصنفهم ضمن فئتين:

1. ضعف البنية، والعزلة الاجتماعية، ومحدودية الاهتمامات، والعرضة للاضطرابات الانفعالية، والتراجع أو الانحطاط المبكر للموهبة، أو العكس.
2. ذكاء مرتفع، وبنية قوية، وجاذبية اجتماعية، وتحصيل، واستقرار انفعالي، وحسن الخلق، ومحصّن من الاخطاء أو العيوب الإنسانية العادية.

ومع أنه من المحتمل أن تجد قليلا من الأفراد الذين يصنفون ضمن واحدة من الفئتين، إلا أن الأغلبية العظمى من ذوي المواهب الخاصة، لا تنطبق عليهم خصائص أي من الفئتين، وذلك على الرغم من أن تنميطهم لا يزال قائما حسب المفاهيم الخاطئة التي أشير اليها في بداية الفصل، كالقول بأن العبقرية تهيئ الأشخاص مسبقا للمرض العقلي، وهي الفكرة التي تربط بين الموهبة وعدم السواء، وتعدّ من أسوأ المفاهيم الخاطئة (Gallagher, 2006). إن بعض الاشخاص من ذوي



على عكس الاعتقاد الخاطئ إن معظم الطلبة الموهوبين ليسوا دائماً ضجيرين وكارهين للمدرسة إذا اعطوا اعمالاً فيها تحد.

المواهب الخاصة، ينجزون بمستوى مرموق جدا على الرغم من، وليس بسبب، مرضهم العقلي أو إعاقتهم الجسمية (Goldsmith, 2005; Martin, Burns, & Schonlau, 2010; Mueller, 2009)، وربما لا يكون مدهشا أن غالبية الطلبة الموهوبين يلتحقون بمهن تتطلب قدرة عقلية أعلى من المتوسط، وإبداعا ودافعية، ومعظمهم يجمن غير طريقهم إلى مراتب المتخصصين والمديرين، وكثيرون يتميزون عن رفاقهم في مرحلة الرشد، ولكن ليس جميع هؤلاء الطلبة يتمتعون بنجاح مهني في الوظائف الصعبة التي تتطلب الكثير، فبعضهم يختارون المسارات المهنية التي لا تستثمر مواهبهم أو انهم يفشلون في تمييز أنفسهم (Manstetten, 2000).

إن مفهوم الذات والعلاقات الإجتماعية، وغيرها من الخصائص النفسية للطلبة ذوي المواهب الخاصة لقيت اهتماما كبيرا (Assouline, Colangelo, 2006; Robinson et al., 2007). إن كثيرا من هؤلاء الطلبة سعداء، ويحبهم رفاقهم، ومستقرون انفعاليا، وواثقون من أنفسهم، وقد يكون لديهم اهتمامات كثيرة ومتنوعة ويدركون أنفسهم بصورة ايجابية (Peterson & Ray, 2006). وفوق ذلك، وكما أشارات ماريا هرنانديز، فإن كون الشخص موهوبا، قد يعرضه لأن يوسم بما هو سلبي أو غريب أو محبب، إن الطلبة ذوي الموهبة العقلية، غالبا ما يكونون حساسين لمشاعرهم ومشاعر الآخرين، ولديهم اهتمام كبير بالعلاقات مع الآخرين والقضايا الأخلاقية، ويبدو أنهم يستخدمون قدراتهم المعرفية المتقدمة لمساعدتهم في تطوير استراتيجيات يستخدمها معظم الراشدين للتكيف الإجتماعي والإنفعالي في سن مبكر. وباختصار فإن كثيرين من الطلبة الموهوبين عقليا، وليس كلهم، واعون لذواتهم، واثقون بأنفسهم، ماهرون اجتماعيا، مسؤولون اخلاقيا. وعلى أي حال فإن الإفتراض بأنهم لا يحتاجون أبدا لرعاية في الجانب الأخلاقي خطأ فادح، لأن بعض هؤلاء الطلبة يمارسون التمييز ضد الآخرين (Peterson & Ray, 2006)، كما أن بعض الأفراد يمكن أن يستخدموا مواهبهم الخاصة لأغراض ترهيب الآخرين كما ذكر تاننباوم (Tannenbaum, 2000b). لذلك من المهم الاعتراف بأن لديهم طاقة هائلة للقيام بأعمال خيرة وشريرة، ويحتاجون إلى مساعدة في إدراك قيمة استخدام طاقاتهم في عمل ما هو أخلاقي.

إن الموهبة تتضمن أنواعا من القدرات ومستويات من الفروق عما هو عادي (Callahan, 2011) وفوق ذلك، فإن طبيعة ودرجة موهبة الفرد يمكن أن تؤثر في تكيفه الانفعالي، والاجتماعي، وحاجاته

التربوية والنفسية. تخيل على سبيل المثال فئة الموهوبين الذين نسبة ذكائهم (180) أو أكثر، مقابل المعوقين عقليا الذين نسبة ذكائهم (20) او أقل. وفي الواقع إن الأطفال النوابغ ومرتفعي الذكاء بصورة استثنائية يتمتعون بموهبة نادرة، ربما يشكلون مجموعة خاصة، ويحتاجون طرقا غير عادية للتكيف المدرسي (كما هو الحال بالنسبة للأفراد الذين لديهم إعاقة عقلية شديدة) (Gross, 2000, Von Karolyi & Winner, 2005).

إن الأطفال النوابغ هم أطفال توازي انجازاتهم وتطورهم مستوى انجازات الراشدين الموهوبين، وربما تفوقها. أنهم غالبا ما يدهشون الآخرين بموهبتهم في سن مبكرة، وغالبا ما يحتاجون فرصا لا يحتاجها الطلبة العاديون الذين قد يعدونها غيرها تهديدا لهم.

القيم الثقافية بالنسبة للطلبة الموهوبين ورعايتهم:

Cultural Values Regarding Students with Special Gifts & Talents and Their Education

من المعروف والغريب في الثقافة الأمريكية أنه من الصعب أو شبه المستحيل انتزاع التعاطف والدعم العام لتوفير برامج تربوية تستجيب لاحتياجات الطلبة الموهوبين أو المتفوقين، وخاصة الموهوبين عقليا (Gallagher, 2007; De Hahn, 2005; Tannenbaum, 1993, 2000a). إن هذا الاتجاه ليس مشكلة مقصورة على المجتمع الأمريكي، ولكن هناك محددا ذاتيا، إن لم يكن انتحارا، بالنسبة للمجتمع الذي يرفض القيام بالكشف أو التعرّف والرعاية للأطفال ذوي المواهب الخاصة والمتميزة بصورة استثنائية (DiGennaro, 2007; De Hahn, 2000; Murray, 2005; Tannenbaum, 1993, 2000a).

لقد وصف جالجار Gallagher (2000a) ازدواجية المجتمع الأمريكي تجاه الطلبة ذوي المواهب الخاصة، وقال إنه مجتمع يعجب بالأشياء الجيدة التي ينتجها الأفراد ذوو المواهب الخاصة، ولكنه لا يقدّر ويرفض الإعتراف بالأداء العقلي المتميز. إن معارضي التربية الخاصة للطلبة الموهوبين في الولايات المتحدة مثلاً ، يجادلون بأنه ليس إنسانيا ، وليس منسجماً مع الثقافة الأمريكية عزل هؤلاء الطلبة في برامج خاصة، وتوفير الموارد اللازمة لتعليم أولئك الطلبة الذين هم في وضع متميز. إن الخطورة تكمن في ترك بعض الطلبة من غير اهتمام، واقتصار الاختيار على الطلبة الاقدر للبرامج الخاصة. وعلى أي حال يبدو من المستحيل قبول المجادلة ضد البرامج الخاصة للطلبة الموهوبين من غير المجادلة ضد برامج التربية الخاصة على نحو عام، لأن التربية الخاصة عامة تتضمن الاعتراف بالفروق الفردية غير العادية بين الطلبة ومراعاتها (Kauffman & Hallahan, 2005).

الفئات المهملة من الطلبة الموهوبين والمتفوقين:

Neglected Groups of Students with Special Gifts & Talents

هناك فئات من الطلبة الموهوبين والمتفوقين يتم تجاهلهم في برامج رعاية الموهوبين، وتضم هذه الفئات الطلبة من الأقليّات العرقية، أو المحرومة اقتصادياً، أو من ذوي الإعاقات، أو الإناث، وهناك

مجموعات كثيرة من الطلبة الموهوبين المهملين في المجتمع متعدد الثقافات والأعراق (Callahan, 2011).

وفي هذا الصدد لا يمكن تجاهل حقيقتين:

1. إن الأطفال الذين ينتمون للطبقات الاقتصادية الاجتماعية العليا، لديهم حظوظ كثيرة في الحصول على فرص تربوية أكثر ملاءمة لمتابعة ميولهم بتعمّق، كما أن لديهم فرصاً للاستشارة العقلية التي يوصي بها الأخصائيون لأولئك الذين لديهم مواهب خاصة.
2. هناك عدد كبير من الأفراد الموهوبين المحرومين بحكم ظروف حياتهم المعيشية أو إعاقاتهم، يتم تجاهلهم والتمييز ضدهم، وبالتالي خسارة المجتمع لطاقات إنسانية هائلة.

أولاً: الموهوبون متدنو التحصيل Gifted Underachievers:

يعرّف مونكس وكاتزكو (Monks & Katzko,2005) تدني التحصيل بأنه " فجوة بين القدرة والتحصيل الفعلي" (ص. 189). إن الطلبة يمكن يمكن أن يخفقوا في التحصيل الذي يتناسب مع مستوى قدراتهم لأسباب عديدة من بينها: التوقعات المتدنية من قبل الآخرين، وانخفاض مستوى الدافعية، والصدمات العائلية، وغيرها (Robinson et al., 2007).

إن كثيراً من الإناث يكون إنجازهن أدنى بكثير مما يجب بسبب العقبات الاجتماعية والثقافية التي تحول من غير اختيارهن أو تقدمهن في بعض المهن، كما أن الطلبة من أبناء الأقليات العرقية غالباً ما يكونون متدني التحصيل بسبب التحيّز في أساليب الكشف أو طبيعة البرامج الملائمة لقدراتهم، ومثلهم الطلبة الذين لديهم صعوبات أو إعاقات ظاهرة حيث يتم تجاوزهم أو حرمانهم من الفرص للتحصيل.

إن تدني تحصيل الأطفال الموهوبين والمتفوقين يمكن أن ينجم عن أيٍّ من العوامل المذكورة كالصراعات الانفعالية أو السلوكات المشوّشة أو الإهمال أو البيئة الأسرية المسيئة أو عدم ملاءمة الواجبات المدرسية المملة التي لا تشكّل تحدياً لهم، لأنهم في الواقع يتقنون معظم هذه الواجبات، أو لأن توقعات المعلمين منهم متدنيه أو لأنهم يوسمون بسوء التصرّف. ومن المشكلات المرافقة لتدني التحصيل تطور صورة سلبية عن الذات، واتجاهات سلبية نحو المدرسة، وفي هذه الحالة فإن أي قدرات خاصة يمتلكونها سوف تضيع سدىً.

إن إحدى طرق الاستجابة لتدني التحصيل أو الوقاية منه، هي السماح للطلبة بتخطي الصفوف أو التقدم السريع في إكمال المواد الدراسية، وعلى أي حال فإن التسريع ليس ملائماً في جميع الأحوال، كما أنه ليس كافياً في حد ذاته لمعالجة مشكلات الأطفال متدني التحصيل من ذوي القدرات الاستثنائية، إن الإرشاد الفردي والأسري ، والتنوّع في استراتيجيات الدعم والوقاية ، يمكن اعتبارها بدائل محتملة أو إضافة مفيدة للتسريع.

إنّ تدني التحصيل يجب أن لا يلتبس مع عدم الإنتاجية، لأن هبوط الانتاجية أو انحدارها ليس مؤشراً بالضرورة على تدني تحصيل الطلبة الذين يمتلكون قدرات غير عادية، لأنه لا يتوقع منهم

دائماً التوصل إلى نتاجات متميّزة، وفي هذا دليل على صعوبة تعريف مفهوم الموهبة، فكم من الوقت ينبغي أن يمرّ على انحدار مستوى الانتاجية الإبداعية حتى يكمن الحكم على شخص ما بأنه لم يعد يظهر الموهبة أو أصبح متدني التحصيل، مع ملاحظة أن الموهبة مرتبطة بالأداء والسلوك وليس الشخص، ورغم ذلك فإنّ الإصرار وعدم المرونة في المطالبة بالأداء الموهوب أمرٌ غير واقعي ويمكن أن يكون غير إنساني.

طلبة المناطق النائية والطبقات الاجتماعية الاقتصادية المتدنية

Students Low in Socioeconomic Status or in Remote Areas:

إن الأطفال الذين ينشأون في بيئة فقيرة ربما لا يكون لديهم ألعاب، ومواد للقراءة، ولا تتاح لهم فرص للسفر والاستكشاف، والغذاء الصحي والرعاية الطبية، وغيرها من المزايا التي توفرها الأسر الميسورة عادة. إن نقص الحاجات الأساسية وفرص التعلم يمكن أن تخفي الذكاء والإبداع. إن أسر الأطفال الذين يعيشون في المناطق المزدحمة وسط المدينة، لا يملكون الموارد المالية لتوفير الفرص والخبرات المبكرة لتقوية الموهبة. ومع ذلك فإن دعم الطلبة الموهوبين من العائلات متدنية الدخل يبدو غالبا هدفا سهلا للاستبعاد في حالات محدودية المخصصات المالية (Murray, 2005).

كما أن الاطفال الذين يعيشون في المناطق النائية ربما لا تتاح لهم فرصة الاطّلاع على كثير من المصادر التربوية التي توجد عادة في المناطق المأهولة. بالإضافة إلى أن كثيرين من أولئك الذين يعيشون في المناطق النائية يعانون من حرمان اقتصادي ونقص المزايا التي تمتلكها العائلات الغنية (Davis & Rimm 2004).

مجموعات الأقليات العرقية والثقافية Cultural-and Ethnic-Minority Groups:

إنّ الطلبة من بعض المجموعات العرقية في الولايات المتحدة الأمريكية وغيرها، مثل الأقليات من البلدان الآسيوية، يلتحقون ببرامج الطلبة الموهوبين بنسب أكثر من نسبة تمثيلهم الفعلية في المجتمع، بينما نجد أنّ هناك مجموعات أثنية أخرى، وبخاصة الطلبة الأمريكيين من أصول إفريقية، والمتحدثين باللغة الإسبانية، ليسوا ممثّلين في برامج الطلبة الموهوبين بنسبة تمثيلهم في المجتمع العام (Yoon & Gentry, 2009). ومن بين أعظم التحديات الحالية في مجال رعاية الموهوبين، الكشف عن الطلبة ذوي القدرات الخاصة من المحرومين، والذين ينتمون لمختلف الثقافات، من أجل إلحاقهم بالبرامج الخاصة بالموهوبين، والحرص على عدم تسربهم منها (Moore, Ford, & Milner, 2005; Robinson et al., 2007). إن أبناء بعض المجموعات الثقافية والعرقية قد أهملوا بصورة مؤلمة في برامج الطلبة الموهوبين والمتفوقين، كما أن كثيرا من طلبة الأقليات العرقية ذوي المواهب الخاصة يظلون متدني التحصيل، مع أنهم يقدّرون أهمية التحصيل في المجتمع الأمريكي (Borland, 2004; Bridglall & Gordon, 2005; Lohman, 2005; Tomlinson et al., 2004)

الطلبة الذين لديهم صعوبات تمنعهم من الكلام أو التعبير الجسمي قد يكون لديهم طاقة كامنة يمكن كشفها في مشاهدات عرضية.

ومن الممكن الافتراض بأن أساليب الكشف والبرامج الملائمة للطلبة ذوي المواهب الخاصة، تؤدي إلى رعاية نسب ممثلة تمثيلا عادلا لجميع المجموعات العرقية. وعلى أي حال فإن التمثيل النسبي العادل يمكن أن يحدث فقط إذا جدد التربويون جهودهم لتحقيق ما يلي:

- ابتكار وتبني محكات كشف حساسة ثقافيا.
- تقديم خدمات إرشادية لرفع مستوى الطموحات المهنية والتربوية للطلبة من المجموعات غير الممثلة بعدالة.
- تهيئة نماذج مرتفعة التحصيل من جميع المجموعات العرقية.
- إبقاء الطلبة من الأعراق غير الممثلة في برامج اطلبة الموهوبين، ومنع تسريبهم.
- تبني نظام عملي للتأكد من دمج الطلبة من المجموعات غير الممثلة.
- بناء علاقات مع عائلات الطلبة من الأقليات.

إن أكبر قضية اجتماعية بيئية لجعل العائلات والمجتمعات آمنة، ومحفزة عقليا للطلبة والشباب من جميع الخلفيات الثقافية والعرقية يجب أن تتم معالجتها (Borland, 2004; Gallagher, 1998, 2000a;Gordon & BridglaII, 2005) كما أنّ الفرص المتكافئة للتطوير خارج البيئة المدرسية سوف تساعد في معالجة مشكلة عدم تمثيل الطلبة من الأقليات العرقية والثقافية بصورة عادلة في برامج الطلبة ذوي القدرات الإستثائية (Davis & Rimm, 2004; Ford & Moore,2006).

الطلبة ذوو الإعاقات Students with Disabilities:

إنّ رعاية الطلبة الذين لديهم الإعاقات ومواهب خاصة في الوقت نفسه أخذت تبرز كميدان مستقل. إنّ فكرة الطلبة مزدوجي الإعاقة twice exceptional (بمعنى أن لديهم إعاقات ومواهب خاصة)، كما أشار جالجار (Gallagher, 2006)، هي واحدة من أفضل الأفكار في مجال رعاية الموهوبين.

إن الهدف الرئيس للتربية الخاصة بالنسبة للطلبة مزدوجي الإعاقه هو الكشف عن الطلبة الموهوبين أو المتفوقين الذين لديهم إعاقة معينة، والبحث والتطوير وإعداد معلمين وأخصائيين للعمل مع هكذا أطفال أو شباب، وتحسين التعاون التكاملي لمصلحة هؤلاء الأطفال والشباب وإعدادهم لمرحلة الرشد. إن المربين يجب أن يأخذوا بالاعتبار جميع برامج الموهوبين والمتفوقين لأولئك الطلبة مزدوجي الاستثنائية بما في ذلك التسريع. إن الجزء التالي من هذا الفصل حول التعليم الذي يستجيب لاحتياجات هؤلاء الطلبة يقدم ملخصاً عن المراحل المبكرة للبحث في استراتيجيات التعليم المناسبة لهم.

إن التوقعات النمطية من الأشخاص ذوي الإعاقات غالباً ما تخفي عنّا قدراتهم. وعلى سبيل المثال فإننا نميل للافتراض بأنّ الطفل الذي تنقصه القدرة على الكلام، أو النشاط البدني، أو يظهر سلوكاً مرتبطاً بالغباء العقلي (مثل سيلان اللعاب أو الهذيان، أوالمشي المترهل، أوتحديق العينين ببلاهة) معوق عقلياً، والحقيقة أنّ الطلبة الذين يظهرون خصائص جسمية مرتبطة عادة بالإعاقات العقلية الشديدة قد يكونون لامعين عقلياً، وما لم نقرّ بذلك، فإنّ مواهب الطلبة المصابين بشلل دماغي، وغيره من الإعاقات البدنية يمكن أن يتم تجاهلها بسهولة، كما أنّ الطلبة الموهوبين من ذوي الإعاقة السمعية يمكن تجاهلهم إذا كان تطور مهارات الاتصال لديهم ضعيفاً ، أو إذا لم يكن معلموهم يلاحظون علامات الموهبة، أو إذا كان معلموهم ممن تنقصهم الكفاءة في التواصل مع الصمّ. كما أنّ الطلبة الذين لديهم صعوبات في اللغة المكتوبة يمكن تجاهلهم كذلك Assouline, Nicpon, & Doo-bay, 2009; Martin et al., 2010)، وهناك أفراد من ذوي الإعاقات البدنية يمتلكون موهبة استثنائية ربما لا نتوقعها منهم.

إنّ الموهبة قد تحدث مترافقة مع أصناف عديدة من الإعاقات، ومن الأمثلة على ذلك ماري كوري Marie Curie الحاصلة على جائزة نوبل مرة في الفيزياء ، ومرة في الكيمياء، كانت تعاني من اكتئاب شديد (Goldsmith, 2005)، وكذلك إيفيلن جلينيي Evelyn Glennie البارعة في العزف على آلات النقر الموسيقية وهي صماء، و تيموثي كوردس Timothy Cordes الطالب في كلية الطب وهو أعمى، إنّ هذه الحالات وأمثالها لا تتفق مع الأفكار النمطية لدينا، والواقع أنهم ليسوا نموذجاً طبيعياً لذوي الإعاقات أمثالهم، ولكنهم لحسن الحظ لم تكن إعاقاتهم حائلاً من غير متابعتهم وتألقهم في مجالات موهبتهم.

ولا يعني ذلك أننا نريد تثبيت المفهوم الخاطىء القائل بأنّ الموهبة توجد لدى المعوقين بنفس النسبة التي توجد فيها بين غير المعوقين، ولكن من الواضح أنّ الطلبة ذوي المواهب والإعاقات ظلوا من بين الفئات المهملة، وربما كان العامل الحاسم في الاستجابة لاحتياجاتهم يتمثل في التعاون وتضافر الجهود بين كوادر المواد المختلفة والمؤسسات لتزويدهم بالتدريب والتقنيات الملائمة.

التدريس الفعّال Responsive Instruction

استراتيجيات للكشف عن الطلبة مزدوجي الاعاقة وتدريسهم

من هم الطلبة مزدوجو الاعاقة؟ Who are Twice-Exceptional Students?

إن هذا المصطلح يشير لأي طالب يجمع بين الموهبة والإعاقة كصعوبات التعلم أو الشلل الدماغي. ولسوء الحظ فإن الكشف عن الموهبة والتفوق ليس أمراً سهلاً، كما أن الخصائص المرتبطة بالإعاقة تأخذ موقع الصدارة. وقد حدد الباحثون العقبات الخاصة في الكشف عن الموهبة لدى الطلبة من فئات ذوي الإعاقات (Cline & Hegeman, 2001). وتضم هذه التحديات:

- التركيز على تقييم الإعاقة من غير الانتباه للموهبة المحتملة.

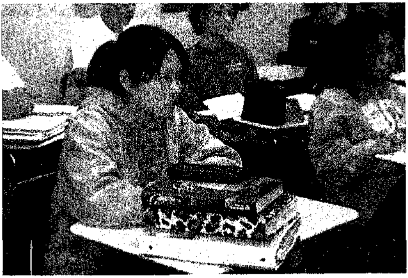
- التوقعات النمطية المرتبطة بالذكاء العام.
- التأخر الملحوظ في تطور بعض مجالات القدرة المعرفية كالتفكير المجرد، والقدرة اللفظية.
- نقص الخبرات العالمية التي تُعزى لمحددات الإعاقة.
- وجهات النظر الضيقة للموهبة باعتبارها نسبة ذكاء عامة مرتفعة.
- الاهتمامات الخاصة بالإعاقة تخفي إمكانية وجود المواهب.

وللتغلب على هذه العوائق يوصي هؤلاء الباحثون بما يلي:

1. أن تتضمن حزمة أدوات التقييم معلومات حول النشاطات غير المنهجية.
2. يجب ملاحظة وإثبات نقاط القوة إضافة إلى تقرير الإعاقة الخاصة.
3. يجب أن يُنظر إلى القدرة على أنها فرص تجريبية أو تحت الاختبار.
4. يجب تكييف الاختبارات ومواءمتها عند التطبيق (مثل حذف أسئلة حول اللون للطالب الضرير، أو تمديد الوقت المحدد بالنسبة لذوي صعوبات التعلم).
5. يجب أن تتمّ المقارنة مع طلبة آخرين لديهم إعاقات مشابهة.
6. إعطاء وزن أكبر للمجالات غير المتأثرة في الإعاقة (Cline, Hegeman, 2001; Willard-Halt, 1999).

By Kristin Sayeski

الإناث الموهوبات Gifted Females:



إن العوامل الثقافية تعمل لإعاقة تطور الفتيات ذوات المواهب الخاصة.

إن معوقات الموهبة لدى الإناث لم يعترف بها بصورة عامة على الدوام.

تشكّل الطالبات الموهوبات أكبر الشرائح المهملة من الطلبة الموهوبين والمتفوقين، مع أنّ الطالبات اللاتي لديهنّ قدرات استثنائية يجدن في العصر الحاضر فرصاً عديدة في التعليم واختيار المهن التي كانت محظورة عليهنّ قبل جيل مضى (Callahan, 2011; Goldsmith, 2005).

إنّ العوامل الثقافية تقف حائلاً من غير الاعتراف بالبنات الموهوبات والمتفوقات وتطويرهنّ، لأنهنّ ببساطة لا يجدن فرصاً متساوية ودافعية للدخول في مجالات دراسية ومهنية يسودها الذكور بحكم التقاليد، مثل الكيمياء، والفيزياء، والطب، وطب الأسنان. وحتى عند دخولهنّ في هذه المجالات فإنّ المردود منها أو المكافأة لم تكن ملائمة، وذلك طبقاً لمعايير غير مرتبطة بأدائهن. إنّ الأدب الإنجليزي يرسم صورة للإناث كزوجات، أو أمهات، أو أخوات ضعيفات،

إما معتمدات على الذكور، أو مضحيات من أجلهم. ولم تبرز مثل هذه المعيقات لمواهب الإناث، ولم تلق الاهتمام الشعبي العام إلاّ حديثاً وبصورة قسرية وتحت الضغوط (Davis & Rimm, 2004).

إنّ الإناث الموهوبات أو المتفوقات يتخلفن عن الذكور في كثير من مقاييس التحصيل والاستعداد المقننة (مثل التحصيل أو الإنجاز المهني والمتخصص، ودرجات الاختبارات المقننة)، ولا يتجهنّ لمتابعة مساقات دراسية أو مهن تتضمن العلوم، والهندسة، والرياضيات (Lubinski, Benbow, & Rimm, 2004). وباختصار فإنهنّ غير ممثلات بعدالة في كثير من مجالات الدراسة المتقدمة، أو المهن ذات المكانة المرموقة، و القوة ، والمردود المادي. إننا نستطيع على سبيل الافتراض معرفة الأسباب وراء التمثيل غير العادل للإناث (Kerr, 2000). إنّ العوامل التي ربما تكون قد ساهمت في هذا الوضع تضمّ توقعات الوالدين المتدنية من الإناث، التركيز المفرط والافتتان بالفروق بين الجنسين، الأنماط المدرسية والاجتماعية لأدوار الجنسين، والممارسات التربوية التي تتحدد بالتحصيل (مثل ضعف الانتباه للبنات ذوات التحصيل المرتفع، والتوقعات بأنّ البنات أقل استقلالية من الذكور).

وتشير البحوث إلى أنّ مشكلة إهمال، وعدم تمثيل الإناث ذوات القدرات الاستثنائية أكثر تعقيداً مما كان يُعتقد في السابق، وكما هو الحال في عدم تمثيل الأقليات العرقية أو الإثنية، فإنّ مشكلة الإناث مرتبطة بقوة بقضايا ثقافية، وسياسية، واجتماعية، وليس لها حلول سهلة أو بسيطة. ومع ذلك فإنّ تعليم الإناث الموهوبات يمكن تحسينه عن طريق تشجيعهنّ على المخاطرة بدراسة مقررات فيها تحدٍّ، والالتحاق بمهن ملائمة لقدراتهنّ، واكتشاف طرائق لكسر الأنماط الروتينية لأدوارهنّ.

الاعتبارات التربوية :Educational Considerations

إنّ التركيز الحالي في التعليم ينصب على تطوير المواهب على مستوى كامل نطاق قدرات الطلبة في أيّ من مجالات الأداء (Callahan, 2011; Heller et al., 2000; Robinson et al., 2007; Tomlinson et al., 2002)، وعلى أيّ حال فإنّ وجهة النظر هذه تتضمن الاعتراف بأن العدالة بالنسبة للكثيرين من الطلبة ذوي المواهب الخاصة، تستدعي وجود برنامج تربوي خاص لهم، ومع أنه لا يوجد قانون فيدرالي للتربية الخاصة للطلبة الموهوبين، إلا أنّ الرابطة الوطنية (الأمريكية) للأطفال الموهوبين نشرت معاييراً لبرامج تعليم الموهوبين تستطيع الولايات والإدارات التعليمية المحلية استخدامها لتقييم نوعية الخدمات التي يقدمونها للموهوبين (Landrum, Callahan, & Shaklee, 2001). وعلى الرغم من ذلك فإنّ السياسات التربوية للولايات والإدارات المحلية غير متوازنة وغير كافية (VanTassel-Baska ،2006).

إنّ جميع الطلبة في مختلف الأعمار لديهم مواهب ونقاط قوة نسبية، وعلى المدارس أن تساعدهم على فهم أفضل وتحديد لقدراتهم الذاتية، وأن توفّر للطلبة الذين لديهم قدرات مرتفعة مقارنة مع أقرانهم، المصادر التعليمية والنشاطات التي تتناسب مع قدراتهم (Davis & Rimm, 2004).

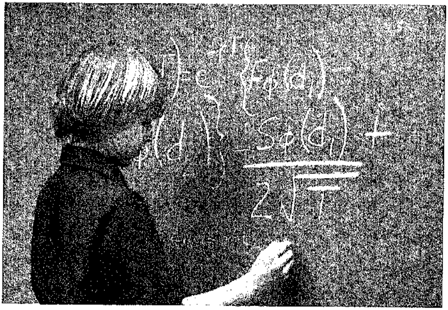
إنّ عقلية "قياس واحد يصلح للجميع" التي انبثقت جزئياً من "حركة الدمج" تعكس وجهة نظر خاطئة بالنسبة للتطور الإنساني، فالموهوبون من الطلبة يعانون من الضجر، والضغوط السلبية للأقران في الصفوف غير المتجانسة (اي التي تضمّ طلبة على أساس العمر بغض النظر عن تفاوت القدرات)، ولا شك أن الطلبة في كل الأعمار والصفوف يستحقون تعليماً ملائماً وفيه تحدّ لقدراتهم إذا كان لهم أن يطوروا كامل موهبتهم.

إنّ الاعتقاد بأنّ الطلبة ذوي المواهب الخاصة لا يحتاجون إلى برامج تربوية خاصة مصممة لهم ، هو أحد أسوأ أفكار التربويين، وتعمل في غير صالح تطوير مواهبهم (Gallagher, 2006)، لأنّ مثل هذا الاعتقاد يبرر "اتجاه عدم فعل شيء من قبل التربويين، ويشجع قبول فكرة الدمج بمعنى عدم إزعاجهم وخفض توقعات الأداء بالنسبة لهم" (Gallagher, 2006, p.10).

وكما أشرنا سابقا فإن دعم الأسرة يلعب دورا حاسما في تطور الموهبة(Freeman, 2000). وعلى أي خال فإن كثيرين من الطلبة يحتاجون دعما خاصا من قبل المدرسة حتى يمكنهم بلوغ أقصى طاقاتهم، وهناك إجماع بين الخبراء القياديين في مجال رعاية الموهوبين على أن التربية الخاصة للطلبة ذوي المواهب الخاصة يجب أن تتوافر فيها ثلاث خصائص:

1. منهاج مصمم ليلائم المهارات المعرفية المتقدمة للطلبة (Van Tassel-Baska & Stambaugh, 2006).
2. استراتيجيات تعليم متناغمة مع تعلم الطلبة ذوي القدرات الاستثنائية في محتوى مناهج المواد الدراسية المُعينة (Davis & Rimm, 2004; Dixon & Moon, 2006).
3. ترتيبات إدارية تسهل عملية التجميع المناسبة لتعليم الطلبة(Callahan, 2000, 2001, 2011; Robinson et al., 2007; Tomlinson et al., 2002).

وفي الولايات المتحدة– على سبيل المثال – فإن الولايات والمناطق التعليمية المحلية قد صممت خططا متنوعة لتعليم الطلبة ذوي المواهب الخاصة. وعلى نحو عام يمكن وصف هذه الخطط بأنها تتراوح ما بين الإثراء (تزويد الطلبة بخبرات إضافية من غير ترفيعهم لصفوف أعلى)، والتسريع (وضع الطلبة في صفوف أو مستويات متقدمة على أقرانهم في الفئة العمرية).



إن البرامج التربوية التسريعية وخاصة في الرياضيات كان تقييمها ايجابياً يمكن أن يدعم الدخول المبكر للجامعة من قبل بعض الطلبة الموهوبين.

وهناك أشكال مختلفة من الإثراء والتسريع التي تتفاوت ما بين التعليم العام من غير مساعدة أو مساعدة محدودة للمعلم، والمدارس الخاصة التي لديها مناهج متقدمة في بعض المجالات الخاصة كالعلوم والرياضيات أو الآداب، حيث وجد أن المدارس الثانوية التي تركز على الرياضيات والعلوم والتكنولوجيا والهندسة مناسبة لبعض الطلبة الموهوبين (Ambrose, 2010). وبين الطرفين (الصفوف العادية التي يحاول المعلم فيها عمل ما يستطيع بمفرده، والمدارس الخاصة للطلبة الموهوبين) هناك برامج المعلم المستشار أو المنسق، وغرف المصادر، وبرامج التلمذة المجتمعية (التي يعمل فيها الطلبة الموهوبون بصورة فردية وبإشراف مختصين)، وبرامج الدراسة المستقلة، والصفوف الخاصة، والتقدم أو التسريع عبر درجات السلم التعليمي، بما في ذلك القبول المبكر في المدرسة الثانوية أو الجامعة.

ولكن ليست كل منطقة قادرة على تقديم جميع هذه الخيارات، حيث تتنوع الخدمات المقدمة كثيرا ضمن النظم التعليمية والولايات نفسها، وبينها وبين غيرها، وكما هو متوقع فإن المناطق الكبيرة أو الواسعة تقدم خيارات متعددة من البرامج مقارنة مع المناطق الصغيرة أو الأرياف. إن بعض الخيارات التربوية للطلبة ذوي القدرات المرتفعة كالتسريع والدمج مثيرة للجدل والخلاف الشديد بين المختصين، ولا يوجد خيار تربوي بعينه يفي باحتياجات جميع الطلبة ذوي المواهب الخاصة.

ومن الناحية المثالية فإن التقييم والكشف و مناهج التعليم عناصر مترابطة سواء كان الطلبة من ذوي الإعاقات أو المواهب الخاصة أو المزدوجة، وعند دمج الطلبة ذوي الإعاقات والمواهب الخاصة، فمن الأهمية بمكان استخدام استراتيجيات تعليمية تستجيب لإحتياجات كلا الفئتين. إن التقدم الهائل في مجال الإتصالات، وتوافر الحواسيب في البيوت والمدارس، والدعوة للتميز التربوي، هي تطورات ذات مضامين مهمة بالنسبة لرعاية الطلبة الموهوبين، فالاستخدامات الممكنة للحواسيب تقوي برامج تعليم الطلبة الذين يمتلكون قدرات على الأداء الاستثنائي، ومن الأمثلة على ذلك برامج

التعلم المحوسبة، والدخول إلى بنوك المعلومات أو قواعد البيانات، وألعاب الحاسوب المعقدة والكتابة والتحرير باللغة العربية واللغات الأجنبية، وتعلم لغات الحاسوب وحل المشكلات الرياضية المتقدمة (Robinson et al. 2007).

التدخل المبكر Early Intervention:

إن موهبة الأطفال االصغار تطرح مشكلات خاصة في تعريف المفاهيم، وأساليب الكشف، وبرامج التعليم، والتقييم (Brighton & Jarvis; Porter, 2005; Robinson et al., 2007; Ruf, 2005)، ومع أن التربويين حققوا تقدما في إقامة برامج نموذجية لتقديم خدمات أفضل للأطفال الصغار من ذوي المواهب، إلا أن الاتجاهات السلبية نحو هذه الجهود لا تزال قائمة، و من المعيقات التي تحول من غير تطوير برامج تربوية أفضل لهؤلاء الطلبة ضعف دعم الآباء ودفاعهم عن هذه البرامج، ونقص برامج التدريب الملائمة للمعلمين، والتركيز على الطلبة الموهوبين الأكبر سناً، والصعوبات المالية، والعقبات القانونية كعدم السماح بالدخول المبكر للمدرسة. كما تشمل معيقات الكشف المبكر عن الطلبة الموهوبين وتقديم برامج تربوية خاصة لهم السياسات والمفاهيم المدرسية السائدة التي ترفض تقدم الطلبة أو ترفيعهم لصفوف أعلى من أقرانهم في العمر.

وقد وصفت روف (Ruf, 2005) مؤشرات الموهبة المبكرة، وقدمت أوصافاً لقدرات الأطفال النموذجية في كل من المستويات الخمس التي وضعتها للموهبة، ويقع في المستوى الأول الأطفال الذين يحققون أداءً في اختبارات القدرة العامة ما بين المئين 90 والمئين 98 تقريباً (أي أن درجاتهم أعلى من 90% إلى 98% من الأطفال الذين تقدموا للاختبار)، وفي كل مستوى أعلى من تصنيفيها يتمثل الأطفال الذين يكون أداؤهم أعلى ونسبتهم أقل من مجتمع الأطفال العام.

وهنالك أسئلة كثيرة تبقى من غير إجابات شافية بالنسبة لرعاية الأطفال الصغار من ذوي المواهب، ولا يعرف إلا القليل عن مدى الفائدة من الكشف عن هؤلاء الأطفال قبل مستوى الصف الثالث أو الرابع أو الطريقة المثلى لتدريب الآباء والمعلمين على كيفية التعامل مع الأطفال ذوي القدرات في مرحلة ما قبل المدرسة. إن الأطفال الصغار ذوي الإعاقات يحتاجون لأفضل إمكانيات التدخل المبكر للتأكد من عدم تجاهل جميع قدراتهم، بما فيها أي مواهب يحتمل أن تكون لديهم (Odom & Wolery, 2006; Porter, 2005).

ومع أن تطبيق القبول المبكر في المدرسة وتسريع الصفوف والمواد الدراسية، ليس حلا سحريا شاملا، إلا أنه يهيىء فرصاً وينطوي على مزايا فعلية لبعض الأطفال الصغار من ذوي المواهب، لأن أكثر ما يحتاجه هؤلاء الأطفال هو الحرية في الإستفادة الكاملة والملائمة من النظم المدرسية القائمة، كأن يسمح لهم بالدراسة مع من هم أكبر سناً في مواد دراسية معينة استجابة لمستوى قدراتهم، كما أنهم بحاجة لتجاوز قواعد الترفيع المعتادة حتى يتمكنوا من دراسة المنهاج العادي بسرعة أكبر. ولسوء الحظ فإن القليل من هؤلاء الأطفال يتلقون في مرحلة ما قبل المدرسة خدمة تربوية ملائمة لمستوى قدراتهم.

الانتقال إلى لمرحلة الرشد Transition to Adulthood:

إن الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة المراهقة ومنها لمرحلة الرشد، وكذلك الانتقال من المدرسة إلى الجامعة أو سوق العمل لا يترتب عليه أي مشكلات جوهرية بالنسبة للطلبة الموهوبين، إذا كان تحصيلهم في مستوى قدراتهم أو قريبا منه، وأتيحت لهم فرص للقيام بأدوار الراشدين، لأن هؤلاء الطلبة يدركون جوانب القوة والضعف لديهم خاصة في مرحلة المراهقة، ومعنى ذلك أنهم لا يرون أنفسهم كموهوبين في مجالات ضعفهم النسبي، حتى لو كان أداؤهم مشابها أو متفوقا على اداء غالبية أقرانهم في العمر في هذه المجالات (Plucker & Stocking, 2001; Robinson et al., 2007).

إن مشكلات انتقال هؤلاء الطلبة من مرحلة إلى أخرى تتشابه في كثير من النواحي مع تلك المشكلات التي تواجه المراهقين والشباب من ذوي الإعاقات (Kohler & Field, 2006)، ولا يتم الانتقال من مرحلة إلى أخرى بالنسبة لجميع الطلبة الموهوبين من غير مواجهة أي صعوبات، حيث يحتاج الكثيرون منهم إلى خدمات إرشاد شخصي، وتوجيه مهني، كحاجتهم إلى شبكة من العلاقات تربطهم بالمصادر التعليمية والإرشادية في المدرسة والمجتمع المحلي (Herbert & Kelly, 2006; Nei-hart et al., 2002).

وإذا كان هناك قضية مركزية في تعليم المراهقين من ذوي المواهب فهي قضية التسريع مقابل الإثراء، حيث يعتقد أنصار الإثراء بأن هؤلاء الطلبة يحتاجون بصورة دائمة للتواصل الإجتماعي مع أقرانهم في العمر، ويجادلون بإنهم يجب أن يتابعوا دراسة المنهاج المقرر لفئتهم العمرية مع تعمق أكبر في بعض الموضوعات. بينما يعتقد أنصار التسريع بأن الطريقة الوحيدة لتقديم برنامج تربوي يستجيب لقدرات هؤلاء الطلبة، هي السماح لهم بالتنافس مع الطلبة الأكبر سناً، ويجادلون بأن هؤلاء الطلبة يجب أن يقطعوا المنهاج بخطى أسرع بسبب تقدم قدراتهم المعرفية على أقرانهم في العمر.

إن التسريع بالنسبة للموهوبين المراهقين قد يكون عن طريق التحاقهم بمقررات دراسية متقدمة، أو القبول المبكر في الجامعة، أو دراسة مقررات جامعية وهم في المدرسة الثانوية (Callahan, 2003; Colangelo et al., 2004b; Muratori et al., 2006)، أما بالنسبة للطلبة ذوي القدرات المرتفعة جدا أو النوابغ، فإن التسريع الراديكالي قد يكون الخيار المناسب لهم، حيث يقبلون في الجامعة أو الدراسات العليا في مرحلة مبكرة، ومن الصعب دحض حجج أنصار التسريع الراديكالي بالنسبة للقبول المبكر للطلبة في سن المراهقة من ذوي القدرة العقلية الخارقة، والنضج الاجتماعي والأخلاقي في الجامعة والدراسات العليا.

إن تقييم برامج التسريع الأكاديمي كان إيجابيا جداً وخاصة في الرياضيات (Assouline & Lup-kowski-Shoplik, 2003; Brody & Stanley, 2005; Muratori et al., 2006)، والواقع أن القبول المبكر في الجامعة بدوام كامل أو جزئي يبدو فعالاً على نحو جيد بالنسبة للمراهقين طالما كان القرار بذلك قد اتخذ بحرص وحساسية لحاجات الطالب الفردية. ومن المهم توفير خدمات الإرشاد والدعم للطلبة الذين يقبلون في الجامعة مبكراً للتأكد من توافر الخبرات الاجتماعية المعززة والملائمة لتقوية تقديرهم لذواتهم ونجاحاتهم والتحديات الأكاديمية التي تواجههم.

وبالإضافة إلى التسريع والإثراء فإنّ الموهوبين من المراهقين غالباً ما يحتاجون إلى انتباه بخصوص تطورهم الاجتماعي والشخصي لتسهيل انتقالهم بنجاح إلى مرحلة الرشد وعالم المهن (Assouline & Colangelo, 2006) . وكغيرهم من فئات الطلبة ذوي الخصائص والحاجات الخاصة، يمكنهم الإفادة والتعلم من فرص التواصل الاجتماعي مع الطلبة الآخرين الذين يشاركونهم الخصائص نفسها، ويواجهون التحديات نفسها، وقد يكونون قادرين على تحقيق فوائد معينة من خلال التأمل في طبيعة الحياة، والتوجهات التي يختارونها لأنفسهم، وهم غالباً ما يستطيعون استخدام مهارات تحقيق الذات والتكيف من أجل البقاء إذا أُعطوا الدعم المناسب (Neihart et al., 2002) .

ملخص الفصل (SUMMARY):

كيف تُعرّف الموهبة ؟

الطلبة ذوو المواهب الخاصة يفوقون على نحو ما مقارنة مع الآخرين من نفس العمر، غير أنه لا يوجد اتفاق كبير حول تعريف الموهبة لأسباب كثيرة منها:

ما الذي يجب قياسه؟ وكيف يُقاس؟ وما الحدّ الفاصل للتفوق، أو نقطة القطع؟ وما هي مجموعة المقارنة؟ وما مبررات الكشف عن الموهوبين؟

الموهبة في الواقع هي ما نقرره نحن، أو ما نرغب في عمله.

يمكن أن يكون هناك أنواع مختلفة من المواهب كالذكاء التحليلي والتركيبي والعملي.

ما نسبة انتشار الموهبة ؟

إنّ نسبة الانتشار تعتمد على التعريف المستخدم، حيث أنّ النظم المدرسية في الولايات المتحدة الأمريكية عادة ما تختار ما بين 3% = 5% من الطلبة كموهوبين.

ما هي أصول الموهبة ؟

تعود الموهبة إلى العوامل البيولوجية (الجينية أو الوراثية)، والاجتماعية، بما في ذلك الأسرة، والمدرسة، ومجموعة الرفاق، والمجتمع المحلي.

لا يستطيع أحد أن يعرف بدقة درجة إسهام كل من عاملي الوراثة والبيئة في الموهبة وخاصة على مستوى الحالة الفردية.

نستطيع أن نغير كثيرا من العوامل الاجتماعية وليس العوامل الجينية، وعليه هناك حاجة لمزيد من الاهتمام بدور المدرسة في تقوية الموهبة.

كيف يتم الكشف عن الموهبة؟

اختبارات الذكاء الفردية هي الوسيلة التقليدية للكشف عن الموهبة.

هناك اهتمام أكثر حاليا بأساليب الكشف ذات الحساسية للعوامل الثقافية، بما فيها ترشيح الرفاق، والآباء، والمعلمين، والترشيح الذاتي، بالإضافة إلى الميول والإنجازات.

ما هي الخصائص النفسية والسلوكية للطلبة ذوي المواهب الخاصة؟

الأطفال الموهوبون يتعلمون القراءة في عمر مبكر، ويحققون معالم تطورية أخرى في مراحل بالنسبة للأطفال العاديين.

الموهوبون عادة ما يكون مستوى أدائهم جيدا في أشياء كثيرة.

الطلبة الموهوبون عادة ما يحبون المدرسة والتعلم.

الطلبة الموهوبون يتعرضون لنفس المشكلات النفسية والجسمية التي تواجه الطلبة العاديين.

كيف تؤثر القيم الثقافية في تعليم الطلبة ذوي المواهب الخاصة؟

إن الثقافة الأمريكية متأرجحة أو متناقضة تجاه الموهبة، فهي تقدر الأشياء الجيدة التي يقومون بها، و من جهة أخرى لا تحب التميز العقلي والكشف عن الأفراد ذوي المواهب العقلية.

ما هي المجموعات المهمشة أو المهملة من الطلبة ذوي المواهب الخاصة؟

متدنو التحصيل غالبا ما يتم تجاهلهم.

الطلبة من الطبقات الاجتماعية الاقتصادية المتدنية، وأولئك الذين يعيشون في المناطق النائية غالبا لا يتم التعرف إليهم.

الطلبة من الأقليات العرقية أو الثقافية غالباً ما يتمّ إهمالهم.

الطلبة الذين لديهم إعاقات أو صعوبات غالباً لا يتمّ الكشف عنهم.

الطالبات لا يتمثلن بعدالة في برامج الموهوبين.

ما هي الاعتبارات التربوية الرئيسة للطلبة ذوي المواهب الخاصة؟

التسريع الأكاديمي والإثراء هما الطريقتان الأكثر شيوعاً في رعاية الطلبة الموهوبين، ولكل منهما إيجابيات وسلبيات، ومؤيدين ومعارضين.

ما هي المشكلات الرئيسة في التدخل المبكر للأطفال ذوي المواهب الخاصة؟

نقص البحوث التي تشير إلى الطرائق الفعالة في الكشف عن الموهوبين من الأطفال الصغار(في مرحلة ما قبل الصف الثالث أو الرابع مثلاً)، يُعد مشكلة جوهرية.

ما هي التدابير المتخذة لانتقال الطلبة ذوي المواهب الخاصة ؟

إنّ مشكلات الطلبة المراهقين الموهوبين تتشابه مع مشكلات الطلبة ذوي الصعوبات من نفس العمر، ويحتاج الكثيرون منهم إلى إرشاد شخصي حول الآفاق التربوية والمهنية الممكنة بالنسبة لهم.

إنّ التسريع (بما فيه القبول المبكر في الجامعة)، والإثراء (بما فيه المقررات المتقدمة) هما التدبيران الأساسيان لرعاية الطلبة الموهوبين.

الفصل

13

التوجهات الحديثة في تلبية احتياجات الطلبة ذوي الحاجات الخاصة

Current Practices for Meeting the Needs of Exceptional Learners

د. سوى عبد الرحيم طنبال

تعالوا أيها الكتاب والنقاد

من الذي تنبأ بكتاباتكم

وجعل رؤيتكم أكثر شمولا،

لن تأتي الفرصة مرة أخرى

لا تتحدثوا عن أمور ستحدث فورا،

فالدولاب لا زال يسير،

ولا أحد يعلم

فالذي يسمى الخاسر الآن

سيُصبح الرابح غدا

في زماننا المتغير

"الأوقات متغيرة" بوب ديلان

Copyright, renewed 1991 by special Rider Music. All rights reserved

International Copyright secured. Reprinted by permission

يتوقع بعد قراءتك لهذا الفصل أن تعرف الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- كيف يتم تقييم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة وتحديد أهليتهم لخدمات التربية الخاصة في الأوضاع المدرسية؟
- كيف يُطبق هدف قانون التربية الخاصة في تفريد التعليم للطلبة ذوي الإعاقات؟
- ما هي خيارات الإحالة المُختلفة للمُتعلمين ذوي الحاجات الخاصة؟
- ما هي الآراء التي تؤيد وتعارض الدمج الشامل الكلي؟
- ما هي الممارسات الحالية في المدارس بخصوص التعاون والاستجابة للمعالجة؟
- ما هي قواعد مُعلمي التربية الخاصة والتربية العامة في توفير برنامج تربوي فردي للمُتعلمين ذوي الحاجات الخاصة؟
- ما هي التوجهات والقضايا فيما يتعلق بدمج الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس؟
- ما هو تأثير الإصلاح المبني على المعايير في التربية الخاصة؟
- ما هي الأفكار الاستنتاجية المُتعلقة بتقديم الخدمات للطلبة ذوي الحاجات الخاصة؟

بعض الاعتقادات الخاطئة والصحيحة حول الطلبة ذوي الحاجات الخاصة

الاعتقاد الخاطئ: جميع المختصين يتفقون بأن التكنولوجيا لابد أن تُستخدم على نحو كامل في مساعدة الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة.

الاعتقاد الصحيح: يعتقد البعض بأن التكنولوجيا لابد أن تستخدم بحذر لأنها يمكن أن تقود الأطفال ذوي الحاجات الخاصة ليُصبحوا اعتماديين عليها، ويعتقد بعض المختصين بأن الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة يمكن أن يعتمدوا على التكنولوجيا بدلا من محاولة تطوير قدراتهم الخاصة.

الاعتقاد الخاطئ: جميع الطلبة ذوي الإعاقات لابد أن يتم شمولهم بالاختبارات المعيارية، تماما كالطلبة الذين ليست لديهم إعاقات.

الاعتقاد الصحيح: غالبية الطلبة ذوي الحاجات الخاصة سيتم شمولهم في إجراءات الاختبارات المعيارية، ولكن بالنسبة للبعض، يُعد الاختبار الممنوح غير ملائم، وبعض الطلبة يتطلبون إجراء تعديلات على إجراءات الاختبار تتناسب مع خصوصية إعاقاتهم، على أية حال، كما أنه لا يمكن استثناء الطلبة ذوي الحاجات الخاصة من المشاركة في إجراءات التقييم المعياري.

الاعتقاد الخاطئ: أثبتت البحوث بما لا يدع مجالا للشك بأن الصفوف الخاصة غير فاعلة وبأن الدمج فاعل.

الاعتقاد الصحيح: نتائج البحوث التي قارنت بين البدائل التربوية الخاصة والبدائل العامة في أوضاع الدمج الشامل غير حاسمة، لأن غالبية هذه الدراسات تتضمن مشكلات في إجراءاتها البحثية، ويُركز الباحثون الآن على إيجاد طرق لدمج أكثر فاعلية.

الاعتقاد الخاطئ: يتفق الجميع بأن المعلمين في برامج التدخل المبكر لابد أن يُقيموا الآباء والأمهات تماما كما يُقيموا الأطفال.

الاعتقاد الصحيح: يُؤمن البعض اليوم بأنه وعلى الرغم من أن الأسر جزء مهم من برامج التدخل ومن ضرورة مشاركتهم بطريقة ما، إلا أن جهود معلمي التربية الخاصة لابد أن ترتكز على الجهود التقييمية للطفل وليس على الوالدين.

الاعتقاد الخاطئ: يتفق الجميع بأن البرامج الجيدة في الطفولة المبكرة لابد ان تكون موحدة بالنسبة للطلبة ذوي الحاجات الخاصة وغيرهم.

الاعتقاد الصحيح: هناك خلاف كبير بين المختصين حول ما إذا كانت برامج التدخل المبكر للأطفال ذوي الحاجات الخاصة لابد أن تكون موجهة من قبل الطفل، كما هو الحال بالنسبة لبرامج رياض الأطفال العادية، أو موجهة أكثر من قبل المعلمين.

الاعتقاد الخاطئ: يتفق المختصون بأن مناهج كافة الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المرحلة الثانوية لابد أن ترتكز على التهيئة المهنية.

الاعتقاد الصحيح: يختلف المختصون حول مقدار التعليم المهني مقابل الأكاديمي الذي لابد أن يتلقاه الطلبة ذوو الإعاقات البسيطة.

إن تاريخ التربية الخاصة الموصوف باختصار في الفصل الأول مشبع بالتقلبات، ولم تكن نتائج العديد من التطورات التي أُجريت في الماضي متوقعة، كما أن نتائج العديد من أحداث اليوم يصعبُ توقعها، هناك العديد من التغيرات الدراماتية التي حدثت في العقد الاول من القرن الواحد والعشرين، كما أن هناك تغيرات أكثر ستتبعها بلا شك، ولعل أحد القضايا المهمة والحيوية في ميدان التربية الخاصة اليوم هو تحديدُ الطلبة المؤهلين لخدمات التربية الخاصة، وعلى نحو خاص في مجال الصعوبات التعلمية، ودار جدل طويل حول أساليب التعرف، تمخض عنه ما يُعرف بالاستجابة للتدخل، وهو أسلوب للتعرف على الطلبة ذوي الصعوبات التعلمية، احتل انتباه الباحثين والممارسين على حد سواء، إن الحركة باتجاه التربية الخاصة متعددة الثقافات، كان في طليعة ميدان التربية الخاصة، وفي هذا الفصل سنتناول الاتجاهات الرئيسة في تقديم الخدمات للمتعلمين ذوي الحاجات الخاصة بالإضافة إلى قضايا محددة تتعلق بالاستجابة لحاجات الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة.

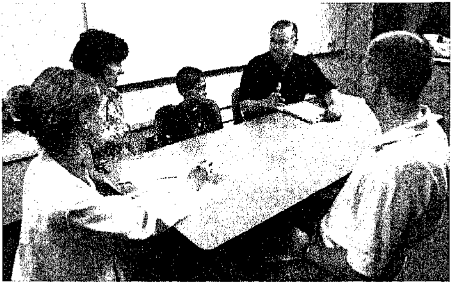
تقييم وتحديد الطلبة ذوي الحاجات الخاصة:

Evaluation And Identification Of Exceptional Learners

على الرغم من أن أرضية التربية الخاصة تغيرت على نحو كبير من تاريخ صدور القانون العام 142-94، وقانون تربية كافة الأطفال المعوقين، إلا أن هناك قضية واحدة بقيت ثابتة، فالهدف من القانون الأصلي في عام 1975 كان شبيها بهدف اليوم، وهو التأكيد على حصول كافة الأطفال ذوي الإعاقات على تعليم عام ملائم ومجاني (FAPE: Free Appropriate Public Education) (Yell&Crockett,2011)، ولتزويد الطلبة ذوي الحاجات الخاصة بخدمات تربوية ملائمة في الأوضاع التي تزيد من إمكاناتهم (البيئات الأقل تقييدا)، لابد أن تُمارس المدارس إجراءات فعالة في التعرف إلى الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. لقد استمرت النقاشات طويلة المدى حول كيفية التعرف على نحو أفضل على الطلبة الذين تم تحديدهم بأنهم طلبة ذوي حاجات خاصة، وفي القسم الآتي، نناقش طريقتين رئيسيتين للتعرف على أهلية الطلبة لخدمات التربية الخاصة.

فريق ما قبل الإحالة Prereferral Teams:

تقليديا، حين يُلاحظ المعلم طفلا يُكافح في المدرسة، يجتمع مع مجموعة من المختصين (مثال: معلمي التربية الخاصة، والمرشدين، والمدراء، والأخصائيين النفسيين)، ويُطلق على هذه المجموعة فريق ما قبل الإحالة (PRT: Prereferral Team)، وتتلخص مهمتهم بالاجتماع مع معلم التربية العامة



تعمل مجموعات المختصين أحيانا مع مُعلمي التربية الخاصة لمساعدتهم في تحديد الإستراتيجيات المُناسبة للطلبة الذين يُكافحون

لمساعدته في تحديد استراتيجيات تعليمية بديلة للطالب قبل إحالته إلى تقييم التربية الخاصة، وعادة ما يطلب المعلم المساعدة من الفريق بعد استنزاف استراتيجياته الخاصة لمساعدة الطالب الذي يجدُ صعوبة في تعليمه، ويُراجع الفريق المعلومات المتعلقة بالطالب والتي يُزودهم المعلم بها، ثم يُقدم الزملاء اقتراحات عملية للمعلم كي يُساعد من خلالها الطالب، وإن استمر الطالب في مواجهة التحديات، تتم احالته لبرامج التربية الخاصة، ويتم تقييمه تقييما كاملا.

على الرغم من أن فرق ما قبل الإحالة كانت ولا تزال شائعة حتى يومنا الحالي، إلا أن القليل من الأبحاث أُجريت حول فعاليتها (Hallahan, Loyd, Kauffman, Weiss, & Martinez,2005).

الاستجابة للمعالجة Response to Intervention:

في آخر تعديل على قانون تربية الأشخاص ذوي الإعاقات Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)، أضاف الكونجرس خيارا إضافيا في تحديد الأهلية لبرامج التربية الخاصة في حالة وجود شك بوجود صعوبات تعلمية ويتطلب تغيير مستويات الدعم في أوضاع التعليم العام قبل الإحالة إلى التربية الخاصة، حيث تنص التعليمات على أنه "في تحديد ما إذا كان الطفل لديه صعوبة تعلم محددة، قد تعتمد الولايات على عملية تقرير مدى استجابة الطفل للتدخلات العلمية والمبنية على البحوث كجزء من التقييم"، وعلى نحو عملي يُطلق على هذا الإجراء الاستجابة للمعالجة (RTI: Response to Intervention).

ماهي الاستجابة للمعالجة Response to Intervention RTI:

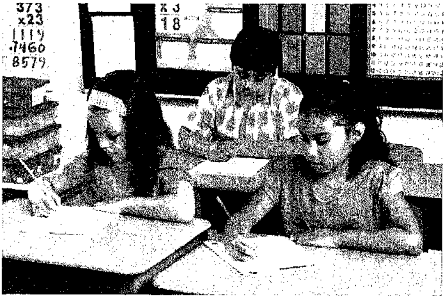
تُطلق الاستجابة للمعالجة على تغير الطفل (أو قلة تغيره) في الأداء الأكاديمي أو السلوكي كنتيجة للتعليم (Duhon, Messmer, Atkins, Greguson, & Olinger, 2009; Fuchs, Mock, Morgan, & Young, 2003; O'Connor& Sanchez,2011)، وفي نموذج الاستجابة للمعالجة لابد أن يتلقى الطفل

تعليما نوعيا في البداية داخل صف التعليم العام قبل أن يتم تقييمه رسميا لخدمات التربية الخاصة، ويجمع المعلمون المعلومات لتحديد مدى استفادة الطالب من ذلك التعليم. ويعد إفادة المعلمين بعدم استجابة الطفل للتعليم النوعي المبني على الأبحاث المقدم من قبل المعلم العام لابد أن يتم إجراء التقييم الرسمي للتربية الخاصة.

عادة ما ترتبط الاستجابة للتدخل بالصعوبات التعلمية والتعلم الأكاديمي، وعلى أية حال، فإن نتائجها على الطلبة من كافة الإعاقات لا تنحصر فقط على التعلم الأكاديمي وإنما تتعدى ذلك إلى السلوك الاجتماعي أيضا (Cheney, Flower,& Templeton,2008; Fairbanks, Sugai, Guardino, & Lathrop,2007)، ويُطبقُ الممارسون طرقا متنوعة للاستجابة للتدخل مع الطلبة من مختلف الإعاقات، بما فيها الاضطرابات السلوكية والانفعالية، والإعاقات العقلية، والتوحد، والموهبة.

النموذج متعدد المستويات لتحديد الأهلية: إن طريقة الاستجابة للمعالجة مبنية على نموذج وقائي متعدد المستويات، ولا يوجد نموذج واحد مقبول عالميا، إلا أن نموذج الاستجابة للتدخل يُقدم تدريجيا على ثلاثة مستويات متدرجة في الكثافة لتعليم الطلبة الذين يُواجهون الصُعوبات (Mercer, Mercer, & Pullen,2011; O'Connor& Sanchez,2011)، وعلى نحو عام، يتضمن المستوى الأول الكشف عن الطلبة الذين قد يكونوا معرضين لخطر الإخفاق الأكاديمي، ويحتاجون إلى تطبيق تعليم نوعي مبني على البحوث، ومراقبة تقدمهم (Fuchs, Fuchs, & Stecher,2010)، ويُراقب المعلم تقدم الطالب على المنهاج بالمقارنة مع أقرانه ويُقدم له تعليما مختلفا، وإن تطور تحصيل الطالب، لا يتم أخذ أي إجراء آخر، أما إن لم يتطور أداء الطالب، ينتقل الطالب إلى المستوى الثاني، حيث يتلقى عادة تعليما ضمن مجموعات صغيرة من قبل المعلم أو مساعده المدرب بمستوى عال ما بين ثلاث إلى أربع مرات في الأسبوع باستخدام برنامج تم التحقق من فاعليته من خلال البحوث في المواد التي يُواجه الطلبة صعوبة فيها (مثال: القراءة أو الكتابة). إن لم يتطور أداء الطالب في هذا المستوى، يجتمعُ الفريق متعدد التخصصات لتحديد ما إذا كان الطالب لديه إعاقة وحينها يكون مؤهلا للمستوى الثالث وهو التربية الخاصة، والذي يتضمن تدخلا أكثر كثافة يُقدم من قبل معلم تربية خاصة في مكان مناسب، ويُوضح الشكل 2.1 كيف يتم تيسير التعليم والإحلال في التربية الخاصة ضمن إطار عمل الاستجابة للمعالجة.

الممارسات التقييمية في نموذج الاستجابة للمعالجة: إن الهدف الرئيس من التقييم في نموذج الاستجابة للمعالجة هو تحديد الطلبة الذين قد يكونوا أكثر عرضة للإخفاق المدرسي وجمع البيانات لتحديد فعالية التعليم الذي يتلقونه وبذلك يمكن اتخاذ القرارات التعليمية الملائمة (Mercer et al.,2011)، والنموذجان الأكثر شيوعا للتقييم في عملية الاستجابة للتدخل هما الكشف ومراقبة التقدم.



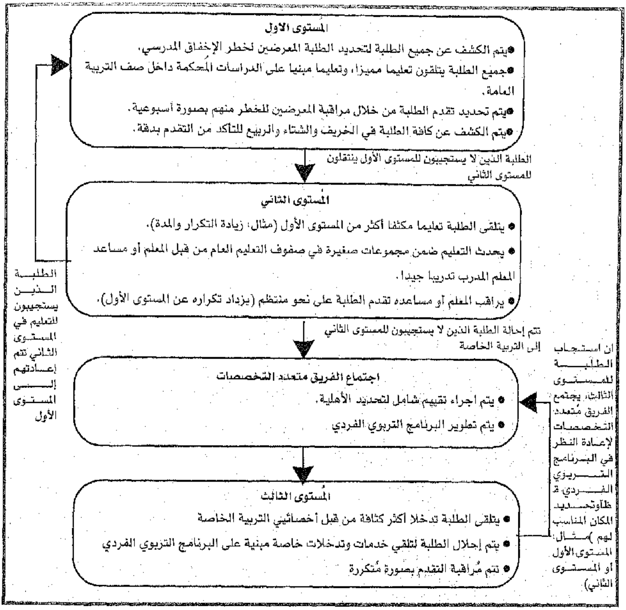
يتطلب القانون الفدرالي بأن دمج الطلبة ذوي الإعاقات في تقييمات التقدم على منهاج التربية العامة لابد أن يُدرج في كل برنامج تربوي فردي (IEP)

يستخدم المعلمون أو الأخصائيون النفسيون في المدرسة أدوات كشفية في التعرف على الطلبة الذين قد يكون لديهم خطر مرتفع للإخفاق الأكاديمي، وعادة ما تُستخدم أدوات الكشف مع مجموعة الطلبة بأكملها وربما تُمنحُ لمجموعة كبيرة من الطلبة في فترة قصيرة، ويستخدم موظفوا المدرسة نتائج الكشف في التعرف على الطلبة الذين يحتاجون إلى المزيد من مراقبة التقدم ويحتاجون إلى التعليم ضمن المستوى الثاني.

مراقبة التقدم: هي تقييمات متكررة، سريعة وسهلة يديرها المعلم في فترات منتظمة وتوفرُ معلومات حول ما إذا كان الطالب يتعلم كما هو متوقع منه. والهدف من استخدام أدوات مراقبة التقدم هو تحديد ما إذا كانت الممارسات التعليمية الحالية ملائمة لكل الطلبة ولتحديد الاحتياجات التعليمية، أحد النماذج الشائعة لمراقبة التقدم هو التقييم المبني على المنهاج (CBM: Curriculum- Based Measurment)، والذي يضم استجابات الطلبة على أدواتهم التعليمية الإعتيادية ويوفر نماذج مباشرة وشائعة لأداء الطلبة على المنهاج، وتُستخدم قياساته كطريقة في تحديد استجابات الطلبة للتدخل (L.S.Fuchs et al., 2007)، ويناقش التقييم المبني على المنهاج تفاصيل أكثر فيما يتعلق بتقييم وتعليم الطلبة من مختلف الإعاقات.

دعم نماذج التعرف من خلال الاستجابة للتدخل Support For Rti Identification Models: إن المدافعين عن نموذج التعرف من خلال الاستجابة للمعالجة يدعون بأنه يقلل من عدد الطلبة المحالين إلى برامج التربية الخاصة، والحجة في ذلك هو أن التعليم عالي الجودة يقدم على كافة المستويات، وتساعد الاستجابة للمعالجة في تحديد ما إذا كان الطالب حقا من ذوي الإعاقة وليس طالبا قد تلقى تعليما ضعيفا أو غير مناسب (Boardman& Vaughn,2007)، ومع الأسف، فإن القليل من الأدلة البحثية متاحة لتحديد ما إذا كان إجراء الاستجابة للمعالجة فعالا، وتستخدمه مناطق تعليمية محدودة في الدولة على نطاق واسع (Fuchs et al.,2003)، وعلى الرغم من هذا يمنح قانون تربية الأفراد ذوي الإعاقات للمدارس خيار اللجوء إلى معيار الاستجابة للمعالجة في التعرف إلى الصعوبات التعلمية بالإضافة إلى مستلزمات تطوير التعليم لجميع الطلبة. مؤخرا افترض البعض بأنه وعلى الرغم من أن الاستجابة للمعالجة مبررة كطريقة لتطوير التدخل المبكر والتعليم للمتعلمين الذين

الشكل 2.1



يتقدمون بصعوبة، إلا أنها تستخدم أيضا كوسائل للتعرف إلى الإعاقات المشكوك فيها (Board-man&Vaughn,2007;kavale, Kauffman,& Bachmeier,2007)، ولقد ناقشنا هذه القضايا في الفصل السادس الذي يتناول صعوبات التعلم.

هدف قانون التربية الخاصة: التربية الفردية للطلبة ذوي الإعاقات:

Intent Of Special Educaiton Law: Individualized Education For Students With Disabilities:

إن الهدف الرئيس من قانون التربية الخاصة الصادر في العام 1975 والتعديلات اللاحقة به هو التركيز على الاحتياجات الفردية للطلبة ذوي الإعاقات للتأكيد على تلقيهم للخدمات التربوية الملائمة، ويحدد الفريق متعدد التخصصات الذي يشمل الأخصائيين بالإضافة إلى الآباء والأمهات

والشخص ذي الإعاقة نفسه كلما كان ذلك ممكنا، يحدد الخدمات التي يتلقاها الفرد. إن البرنامج التربوي الفردي هو السمة الرئيسة لهذا التركيز، ويوضح كيفية تخطيط المدرسة لتلبية احتياجات الطلبة ذوي الإعاقات، وبالإضافة إلى البرنامج التربوي الفردي، فإن خطة الخدمات الأسرية الفردية للطلبة الصغار والخطة الإنتقالية لمرحلة البلوغ هي جوانب مهمة في تقديم الخدمات الفردية الملائمة للأطفال والشباب من ذوي الإعاقات.

البرامج التربوية الفردية Individualized Education Programs:

إن البرنامج التربوي الفردي IEP هو وثيقة قانونية تصف الخدمات التربوية التي يتلقاها الطالب، وتتنوع البرامج التربوية الفردية في شكلها وتفاصيلها من طفل لآخر ومن منطقة تعليمية إلى الأخرى، وتكون التوجيهات المساعدة في كتابة البرامج التربوية الفردية متاحة (مثال: Gibb&Dyches,2007)، ويُقدم الجدول 13.1 ملخصا للمتطلبات القانونية للبرنامج التربوي الفردي IEP. إن القوانين الفدرالية وقوانين الولاية لا تحدد على نحو دقيق مستوى التفاصيل التي ينبغي أن يتضمنها البرنامج التربوي الفردي، وإنما فقط تُؤكد على أن يتضمن عبارات مكتوبة يتم تطويرها في اجتماع ممثلي المنطقة التعليمية، والمعلمين، والآباء والأمهات، أو الأوصياء، والطفل (كلما كان ممكنا)، ولابد أن يضم عناصر محددة.

الجدول 13.1 متطلبات البرنامج التربوي الفردي IEP

استنادا إلى قانون تربية الأفراد ذوي الإعاقات IDEA2004، فإن المحتويات المطلوبة للبرنامج التربوي الفردي IEP تتضمن ما يأتي:

1. إفادة عن مستوى أداء الطفل الحالي في التحصيل الأكاديمي والأداء الوظيفي لأشكال البرنامج التربوي الفردي المتعددة، وهو ما يطلق عليه مستوى الأداء الحالي PLOP: Present Level of Performance، وفي بعض الحالات يتم تسجيل مستوى الأداء الحالي كمستوى حالي للتحصيل الأكاديمي PLAAFP: Present Level of Academic Achievement and Functional Performance.
2. إفادة حول الأهداف السنوية القابلة للقياس، بما فيها الأهداف الأكاديمية والوظيفية، وينص القانون بوضوح على أن الأهداف لابد أن تمكن الطفل من الوصول إلى المنهاج العام.
3. وصفٌ لكيفية قياس تقدم الطفل نحو تحقيق الأهداف السنوية، وكيفية تقديم التقارير الدورية لتقدم الطفل للتحقيق الأهداف السنوية.
4. إفادة حول التربية الخاصة والخدمات ذات العلاقة والأدوات التعويضية والخدمات التي سيتلقاها الطفل، ولابد أن تكون الخدمات مبنية على مراجعة الدراسات.
5. إفادة حول أي تعديلات مفردية ملائمة وضرورية لقياس التحصيل الأكاديمي والأداء الوظيفي للطفل في التقييمات التحصيلية المعيارية، وإن كان للطفل خيار التقييم بدلا من تقييم المنطقة أو الولاية التقليدية، لابد من الإفادة بعدم مقدرة الطفل على المشاركة في التقييم التقليدي وسبب اختيار التقييم البديل على أنه أكثر ملائمة للطفل.

يتضمن البرنامج التربوي الفردي أيضا الخدمات الانتقالية وذات العلاقة بالطلبة في سن السادسة عشرة:

1. لابد أن تكون أهداف مرحلة ما بعد المدرسة قابلة للقياس وملائمة ومبنية على التقييم الانتقالي الملائم للعمر والمرتبط بالتدريب والتعليم والعمل ومهارات الحياة المستقلة (كلما كان ذلك ممكنا).

2. الخدمات الانتقالية (بما فيها المقررات الدراسية) لابد أن تقيم تقدم الطفل في تحقيق هذه الأهداف.

ينص القانون على تشكيل فريق البرنامج التربوي الفردي، ولابد أن يكون الأشخاص التالون جزءا من فريق البرنامج التربوي الفردي:

1. والدا الطفل ذي الإعاقة.
2. معلم تربية عامة واحد على الأقل.
3. معلم تربية خاصة واحد على الأقل.
4. ممثل عن وكالة التربية الوطنية، والذي ينبغي أن يكون مؤهلا للتقديم أو الإشراف على توفير تعليم مصمم بصورة خاصة لتلبية الحاجات الفريدة للأطفال ذوي الإعاقات، والمعرفة وحسن الإطلاع على المصادر المتاحة.
5. شخص يتمكن من تفسير المضامين التعليمية لنتائج التقييم.
6. أشخاص آخرون لديهم معرفة أو خبرة خاصة بالطفل بما في ذلك موظفي الخدمات ذات العلاقة المناسبين، والوالدين أو وكالة التربية الوطنية قد يعينوا هؤلاء الأفراد حين يجدوا ذلك مناسبا.
7. الطفل ذو الإعاقة، كلما كان ذلك ممكنا.

المصدر: Individual with Disabilities Education ACT, U.S Department of Education

يتضمن البرنامج التربوي الفردي المكتوب في غالبية المدارس على معلومات أكثر لها علاقة بالمتطلبات التقنية لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات بالإضافة إلى محور الخطة: المحتوى التعليمي لها: ويستعرض الجدول 13.2 ما ينبغي أن تبدو عليه الخطة التربوية الفردية، الطالب اسمه كارت "هو طالب في الصف التاسع وتحصيله منخفض، واعتبرته المنطقة بأن لديه مشكلة انضباطية لضعف الدافعية مع "سلوك سيئ"، ولاحظ والداه بأنه طالب مثبط ومحبط ولديه صعوبات تعلمية، خاصة في اللغة" (Bateman,2011, Bateman& Linden,2006,p.150).

جدول 13.2: نموذج لخطة تربوية فردية (IEP) للطالب كارت

Individualized Education Program البرنامج التربوي الفردي			
الطالب: كارت	العمر: 15	الصف: التاسع	التاريخ: 2010
وتحديداً لمستوى أداءه الحالي الأكاديمي والوظيفي PLOPs		التربية الخاصة، الخدمات ذات العلاقة والأدوات والخدمات التعويضية، (بناء على البحوث المحكمة على المدى العملي): التكنولوجيا المساعدة ودعم الموظفين أو التعديلات	أهداف سنوية قابلة للقياس وأهداف قصيرة المدى (علامات التقدم)، تتضمن الأهداف الوظيفية والأكاديمية لتمكين الطلبة من المشاركة والتقدم في المنهاج العام وتلبية الاحتياجات الأخرى الناجمة عن الإعاقة.

(بما في ذلك كيفية تأثير الإعاقة على قدرات الطفل على المشاركة والتقدم على المنهاج العام)	(بما في ذلك التاريخ المتوقع للبداية، وتكرار، ومدة، وموقع كل منها)	(بما في ذلك أساليب قياس التقدم لكل هدف)
المستوى الحالي للمهارات الإجتماعية: يضرب كارت بعنف حين لا يتكمن من إتمام عمله، ويرفض إتمام التعليمات اللاحقة من البالغين. الاحتياجات الخاصة: ● تعلم مهارات إدارة الغضب، خاصة فيما يتعلق بالشتم. ● تعلم الامتثال للطلبات	1. يستشير المعلم و/أو المُرشد أخصائي السلوك بخصوص الأساليب والبرامج المناسبة لتعليم المهارات، خاصة فيما يتعلق بإدارة الغضب. 2. تدريب كارت على إدارة الغضب. خدمات تتكرر 3 مرات/الأسبوع، لمدة30 دقيقة. 3. تأسيس مجموعة أقران تتضمن لعب الدور،إلخ، ليتمكن كارت من مُشاهدة نماذج السلوك الإيجابي وممارسة مهارات إدارة الغضب المُتعلمة حديثا. خدمات تتكرر مرتين في الأسبوع لمدة 30 دقيقة. 4. تطوير خطة سلوكية لكارت تمنحه مسؤولية تخطيط سلوكه الخاص. 5. تكليف المُعلم أو غيره من البالغين بقضاء وقت مع كارت (الحديث، لعب المُسابقات، الأنشطة الجسدية، ..الخ) 6. تقديم تدريب للمعلم بناء على حاجات/ أهداف كارت	الهدف بعيد المدى: خلال الربع الأخير من السنة الدراسية، سيتم احتجاز كارت مرتين أو أقل لأي سبب الهدف قصير المدى1: مع نهاية الربع الأول، سيتم احتجاز كارت لعشر مرات أو أقل لأي سبب. الهدف قصير المدى2: مع نهاية الربع الأول، سيتم احتجاز كارت لسبع مرات أو أقل لأي سبب. الهدف قصير المدى3: مع نهاية الربع الأول، سيتم احتجاز كارت لأربع مرات أو أقل لأي سبب. الهدف بعيد المدى: سيُدير كارت سلوكه ولغته بطريقة مقبولة بحسب ما يُشير إليه كافة مُعلميه. الهدف قصير المدى1: بعد أسبوعين، سيتم الإستفسار في نهاية كل حصة عما إذا كانت لغة كارت وسلوكه مقبول أو غير مقبول، وسيُجيب 3 من 6 مُعلمين بأن سلوكه "مقبول". الهدف قصير المدى2: بعد 6 أسابيع، سيتم الإستفسار في نهاية كل حصة عما إذا كانت لغة كارت وسلوكه مقبول أو غير مقبول، وسيُجيب 4 من 6 مُعلمين بأن سلوكه "مقبول". الهدف قصير المدى3: بعد 12 أسبوع، سيتم الإستفسار في

		نهاية كل حصة عما إذا كانت لغة كارت وسلوكه مقبول أو غير مقبول، وسيُجيب 6 من 6 مُعلمين بأن سلوكه "مقبول".
المهارات الدراسية/ الحاجات التنظيمية: • كيفية قراءة النص. • أخذ المُلاحظات. • كيفية دراسة المُلاحظات. • عمل الذاكرة. • تجهيز الصف بالأدوات اللازمة. • زيادة مدة الانتباه وتطويرها والسلوك أثناء المهمة. المستوى الحالي: الإفتقار إلى المهارة في كافة هذه المجالات.	1. اللغة/ الكلام: يُقدم المُعالج، ومُعلم غرفة المصادر، ومُعلموا المجال لكارت تعليما مُباشرا وخاصا لمهارات الدراسة مثل: • أخذ الملاحظات من المُحاضرات. • أخذ الملاحظات أثناء قراءة النص. • كيفية دراسة المُلاحظات للاختبار. • تلميحات الحفظ. • استراتيجيات قراءة النص للاحتفاظ بالمعلومات 2. تحديد "رفيق دراسة" لكارت في كل مادة. 3. اعداد نظام دافعية لكارت لتهيئته للصف بكافة الأدوات الضرورية. 4. تطوير خطة دافعية لتشجيع كارت على زيادة مدة انتباهه والوقت الذي يمضيه في المهمة. 5. تقديم أداة لمراقبة السلوكات أثناء المهمة في الشهر الأول أو ما إلى ذلك من الخطة، وتعليم كارت تقنيات المُراقبة الذاتية. 6. تقديم نظام دافعية ونموذج تسجيل ذاتي لإتمام المهام الأكاديمية في كل صف.	الهدف بعيد المدى: مع نهاية السنة الأكاديمية، سيكتسب كارت مستويات أفضل وسيُشير تقريره إلى أنه تعلم مهارات دراسية جديدة. الهدف قصير المدى1: اعطاء مُحاضرة من 30-20 دقيقة، درس لفظي/مُحاضرة، سيأخذ كارت ملاحظات مُلائمة بطلب من المُعلم. الهدف قصير المدى2: إعطاء 15-10 صفحة من نص لقراءته، وسيؤدي كارت استراتيجية ملائمة للاحتفاظ بالمعلومات -مثال: الخارطة، التخطيط، الملاحظات،...الخ بطلب من المُعلم. الهدف قصير المدى3: إعطاء ملاحظات للدراسة على الامتحان، وسينجح كارت فيه بحسب ما تعكسه علاماته
الحاجات الأكاديمية/اللغة المكتوبة: يحتاج كارت إلى مساعدة علاجية في التهجيئة،	1. تقديم تعليم مباشر في مهارات اللغة المكتوبة (التنقيط، والاستخدام، والتهجئة) باستخدام برنامج	الهدف بعيد المدى: خلال السنة الأكاديمية سيطور كارت مهاراته اللغوية الكتابية بمستويات الصفوف 1.5 أو

والترقيم، والاستخدام. المستوى الحالي: ينخفض مستوى كارت عن أقرانه بمستويين على هذه المهارات.	مُنظم جدا، وجيد التسلسل. تقدم الخدمات في مجموعات صغيرة لاتزيد عن أربعة طلبة في غرفة المصادر، لمدة 50 دقيقة/يوميا. 2. بناء مراجعة مستمرة ومتراكمة للمساعدة مع صعوبات الذاكرة قصيرة المدى. 3. تطوير قائمة بالكلمات الشائعة المستخدمة في كتابة الطالب (أو استخدام أحد القوائم المنشورة المُتعددة) لبرنامج كارت الخاص بالتهجئة.	2، إلى مستويات الصف 6 وفقا للاختبار المعياري. الهدف قصير المدى1: عند منح كارت 10 جمل للإملاء في المستوى التعليمي الحالي، سيتمكن من كتابتها مع مراعاة التنقيط والحروف الكبيرة والصغيرة بدقة 90% (يتم اختيارها من نهاية كل وحدة) الهدف قصير المدى2:عند منح كارت 30 جملة مع خيارات استخدامها، بحيث تتناسب هذه الجمل مع مستواه التعليمي الحالي، سيُقدم كارت خيارا صحيح لـ28 جملة أو أكثر. الهدف قصير المدى3: منح قائمة للـ150 كلمة الأكثر استخداما في كتابة الصف السادس، وسيتهجأ كارت 95% من هذه الكلمات على نحو صحيح

الهدف بعيد المدى: خلال السنة الأكاديمية سيطور كارت مهاراته اللغوية الكتابية بمستويات الصفوف 1.5 أو 2، إلى مستويات الصف 6 وفقا للاختبار المعياري.

الهدف قصير المدى1 : عند منح كارت 10 جمل للإملاء في المستوى التعليمي الحالي، سيتمكن من كتابتها مع مراعاة التنقيط والحروف الكبيرة والصغيرة بدقة 90% (يتم اختيارها من نهاية كل وحدة)

الهدف قصير المدى2 :عند منح كارت 30 جملة مع خيارات استخدامها، بحيث تتناسب هذه الجمل مع مستواه التعليمي الحالي، سيقدم كارت خيارا صحيحاً لـ28 جملة أو أكثر.

الهدف قصير المدى3: منح قائمة للـ150 كلمة الأكثر استخداما في كتابة الصف السادس، وسيتهجأ كارت 95% من هذه الكلمات بشكل صحيح

تعديل البرنامج التقليدي:

- لابد أن يجلس كارت في الصفوف الأمامية.
- لابد أن يتم تنبيه كارت بصورة دائمة كي يبقى مُنشغلا بالمهمة.
- لابد أن يُساعد جميع المُعلمين كارت في مهاراته الدراسية وفقا لما يتم تدريبه عليه من قبل أخصائي التهجئة/اللغة، ومعلم غرفة المصادر.
- لابد أن يراقب معلموا كارت عمله عن قرب في بداية أسابيع/أشهر البرنامج.

بالنسبة للطلبة الذين يتلقون تقييما بديلا ويتم تقييمهم على نحو لا يتناسب مع معايير مستوى الصف، لابد أن يضم البرنامج التربوي الفردي أهداف قصيرة المدى (علامات التقدم)، وبالنسبة للطلبة الآخرين، قد يتضمن البرنامج التربوي الفردي أهداف قصيرة المدى، ولابد أن يوضح البرنامج التربوي الفردي كيفية تقدم الطلبة عليه. إن مستوى الأداء الحالي هذا سيكون عمليا أكثر إن كان كفؤا (مثال: أكثر من 4 مرات يوميا).

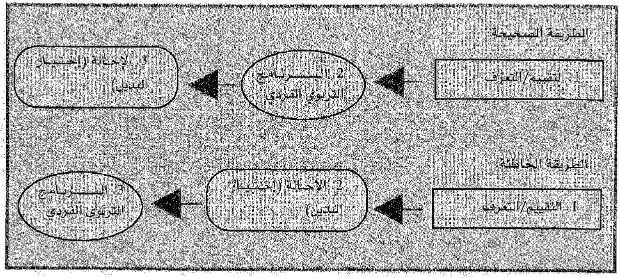
عند كتابة البرنامج التربوي الفردي، لابد أن يُطور الفريق وثيقة واضحة وعملية ويمكن الدفاع عنها قانونيا، العلاقة بين محتويات البرنامج التربوي الفردي لابد أن تكون واضحة وصريحة بهدف المحافظة على تركيز البرنامج الفردي-الخاص، والتعليم الفردي المصمم لتلبية الحاجات الفريدة، وفي برنامج كارت التربوي الفردي (الجدول 13.2)، تظهر العلاقة بين المكونات من خلال إدراج المعلومات في الأعمدة، وعند قراءة النموذج، تجد في البداية وصفا للخصائص الفريدة أو الحاجة والمستوى الحالي للأداء، ثم الخدمات الخاصة والتعديلات التي تخاطب الاحتياجات، وأخيرا الأهداف السنوية والقريبة المدى أو العلامات المرتبطة بالحاجات.

ربما تكون عملية كتابة البرنامج التربوي الفردي والوثيقة نفسها من الميزات الأكثر أهمية للالتزام بروح ورسالة قانون الـ IDEA، ولخص كل من باتثمان ولندن (Bateman&Lindn,2006) هذا الالتزام، عند تحضير البرنامج التربوي الفردي كما هو وارد في القانون:

- تقييم حاجات الطلبة بحرص.
- تكوين فريق من المختصين والآباء والأمهات وتصميم البرنامج التربوي لتلبية حاجات الطالب بصورة أفضل.
- الأهداف بعيدة وقصيرة المدى منصوص عليها بوضوح وبذلك فإن التقدم في تحقيقها يمكن أن يتم تقييمه.

المشكلة الرئيسة هي أن البرنامج التربوي غالبا ما تتم كتابته في الوقت غير المناسب ولسبب غير مناسب (Bateman&Lindn,2006)، وكما يوضح الشكل 13.1 فإن البرنامج التربوي الفردي القانوني تتم كتابته بعد التقييم والتعرف على إعاقات الطالب وقبل أخذ قرار الإحالة (اختيار البديل)، ويحدد المعلمون في البداية حاجات الطلبة ومن ثم يتخذون القرار حول البديل المناسب في البيئة الأقل تقييدا والذي يمكن تقديم الخدمات المناسبة فيه، ومن الشائع، أن نشاهد ممارسة خاطئة تربوية (وغير قانونية) تتعلق بالاستناد للبرنامج التربوي الفردي فيما يتعلق بتحديد البديل المتاح، وهو أن البرنامج التربوي يكتب أحيانا بعد اختيار الخدمات والبدائل المتاحة.

الشكل 13.1 الطرق الصحيحة لعملية الإحالة



Bateman,B.D.,&Linden, M.A.(2006). Better IEPs: How to develop legally correct and educationally useful programs (4th ed.). Verona, WI:Attainment.

خطأ آخر شائع في كتابة البرنامج التربوي الفردي هو الاعتماد على معايير الولاية، فالبرنامج التربوي الفردي "المبني على المعايير" هو ذلك الذي يركز على المخرجات المبنية على معايير الولاية بدلا من حاجات الطالب الفردية (Bateman,2011)، وبوضوح، فإن معايير الولاية والوصول إلى منهاج التربية العام أمران مهمان، وعلى أية حال، لابد أن يبنى البرنامج التربوي الفردي للطالب بناء على مخرجات ملائمة للطفل وليس على المعايير التي تمليها الولاية.

خطة الخدمات الأسرية الفردية Individualized Family Service Plan:

تتطلب القوانين الفدرالية في الوقت الحالي تنويع خدمات التدخل المبكر حتى تكون متاحة لجميع الرضع وأطفال الحضانة من ذوي الإعاقات، وتتضمن هذه الخدمات التربية الخاصة، والعلاج الطبيعي، والعلاج الكلامي واللغوي، وخدمات التشخيص الطبي. وكما هو الحال بالنسبة للأطفال ذوي الإعاقات في سن المدرسة، تصف الوثيقة القانونية التي تدعى بخطة الخدمات الأسرية الفردية Individualized Family Service Plan (IFSP) الخدمات التي سيتلقاها الطفل. وهذه الخطة شبيهة بالبرنامج التربوي الفردي للأطفال الأكبر سنا، إلا أنها تركز على نحو واسع على مشاركة الأسرة مع الطفل. في الحقيقة، تشترط القوانين الفدرالية بأن تكون الأسرة مشاركة في تطوير هذه الخطة، ويصف الجدول 13.3 المتطلبات القانونية للخطة، وكما أشار نونان وماكرروميك (Noonan &McCormick,2006)، فإن خطة الخدمات الأسرية قد تُكتب للأطفال حتى عمر 6 سنوات، إلى أنها عادة ما تكتب للرضع، وأطفال الحضانة حتى سن الثالثة، ولكن البرنامج التربوي الفردي هو الأكثر شيوعا بالنسبة للأطفال فوق سن الثالثة.

الجدول 13.3 متطلبات قانون تربية الأفراد ذوي الإعاقات (IDEA) لخطة الخدمات الأسرية الفردية (IFSP)

لابد أن تتضمن خطة الخدمات الأسرية الفردية ما يأتي:

1. إفادة حول مستوى تطور الطفل الحالي في المجالات الآتية: الجسدي (ويضم البصر، والسمع، والحالة الصحية)، والمعرفي، والتواصلي، والنفسي، والسلوك التكيفي.
2. إفادة حول مصادر قوة الأسرة، والمخاوف، والأولويات ذات العلاقة بتطور الطفل.
3. إفادة حول المخرجات الرئيسة المتوقع انجازها للطفل والأسرة.
4. عبارة حول الشدة، والتكرار، وطريقة تلقي خدمات التدخل المبكر الضرورية لتحقيق مخرجات مرغوبة للطفل والأسرة.
5. إفادة حول البيئات الطبيعية التي ستقدم فيها الخدمات، تفسر سبب عدم تقديم الخدمات في البيئات الطبيعية.
6. التواريخ المتوقعة للمبادرة في تقديم الخدمات والمدة المتوقعة لتلك الخدمات.
7. اسم منسق الخدمة المسؤول عن تطبيق خطة الخدمات الأسرية IFSP، والتنسيق مع الوكالات والمختصين الآخرين.
8. خطوات لابد من تطبيقها لتحقيق الانتقال الناجح (خطة انتقالية) لخدمات الروضة المقدمة من قبل المدارس العامة.
9. موافقة خطية من الوالدين أو ولي الأمر القانوني.

الخطط الانتقالية للمراهقين من ذوي الإعاقات:

Transition Plans for Adolescents with Disabilities

يكمل غالبية الطلبة الثانوية العامة ويجدون وظائف، أو يدخلون برنامج التدريب الوظيفي/المهني، أو يذهبون إلى الكلية دون المرور بصعوبات التعديلات الرئيسة، نعلم بأن نسبة التسرب والبطالة عالية لدى جميع الشباب، خصوصا في المجتمعات المضطهدة اقتصاديا، إلا أن التوقعات من الطلبة ذوي الإعاقات ربما تكون أسوأ من ذلك. لابد أن نستعرض الأرقام المنشورة حول نسب التسرب بحذر لأن هنالك طرقٌ مختلفة تتعلق بتعريف المصطلح وبحوسبة الإحصاءات، وترى الدراسات على أية حال بأن نسبة مرتفعة من الطلبة ذوي الإعاقات مقارنة بالطلبة من غير ذوي الإعاقات يواجهون صعوبات في الانتقال من مرحلة المراهقة إلى مرحلة البلوغ ومن مرحلة المدرسة إلى مرحلة العمل، وكنتيجة لذلك، فإن العديد من الأفراد ذوي الإعاقات لا يصلون إلى الدرجات الجامعية، وينضمون إلى صفوف العاطلين عن العمل أو يعملون في وظائف متدنية، كما أن لدى بعضهم مخرجات منخفضة فيما يتعلق بنوعية الحياة (Everson&Trowbridge,2011; Moon, 2011;& Scanlon,2011)، لذلك، فإن الانتقال إلى مرحلة البلوغ، والتي تشمل العمل، والتعليم الجامعي، والعيش المستقل، والدمج في المجتمع- هي قضية مستمرة تحتل أهمية كبيرة.

تتطلب القوانين الفدرالية بما فيها IDEA إجراء الخطط الإنتقالية للطلبة الكبار التي لابد أن تدرج في برامجهم التربوية الفردية، وتتطلب الخدمات الانتقالية تعيين منسق للأنشطة الموجهة نحو

تحقيق النتائج والتي تعزز الانتقال من المدرسة إلى التعليم الجامعي، والتدريب الوظيفي، والتوظيف التكاملي (بما في ذلك التوظيف المدعوم)، وإتمام تعليم البالغين، وخدمات البالغين، والعيش المستقل، والمشاركة المجتمعية.

يتطلب قانون IDEA بأن يتضمن كل برنامج تربوي فردي عبارة حول الخدمات الانتقالية اللازمة عندما يكمل الطالب عامه السادس عشر وعلى نحو دوري بعد ذلك. (بالنسبة للطلبة المعرضين لخطر الإخفاق، لابد أن يتناول البرنامج التربوي ذلك في عمر أصغر). بالإضافة إلى ذلك، لابد ان يتضمن البرنامج التربوي الفردي وضع الروابط و/ أو المسؤوليات على كل مؤسسة لها علاقة بذلك قبل أن يترك الطفل المدرسة.

تقديم التربية الخاصة، قضايا الإحالة(اختيار البديل) للطلبة ذوي الحاجات الخاصة:

Providing Special Education ›placement Issues For Exceptional Lerners

العديد من الخطط الإدارية متاحة لتعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة بدءا من بنود خاصة قليلة مصاغة من قبل معلم التربية العامة للطالب، ووصولا إلى 24 ساعة رعاية دائمة بوسائل خاصة، ويعتمد تحديد من يعلم المتعلمين ذوي الحاجات الخاصة، وأين يتلقون تعليمهم على عاملين اثنين: (1) كيف وإلى أي حد يختلف الطالب عن الطلبة الآخرين و(2) ما هي المصادر المتاحة في المدرسة والمجتمع. تتنوع الخطط الإدارية للتعليم وفقا لدرجة التدخل الجسدي، والمدى الذي يتم من خلاله تعليم الأطفال ذوي الإعاقة والأطفال الآخرين في نفس المكان من قبل نفس المعلم.

غالبا ما يستشير مُعلمُ التربية العامة أخصائي التربية الخاصة أو غيره من المُختصين الذين من الممكن أن يُقدموا له المصادر والنصائح حول الأساليب الخاصة بتعليم الطلبة في الصفوف الشاملة

في البيئات الأقل خصوصية، قد يتمكن معلم التربية العامة الواعي للحاجات الفردية للطلبة والقادر على

تلبيتها من الحصول على الأدوات الملائمة، والتجهيزات، و/ أو الأساليب التعليمية، وقد لا يتطلب هذا المستوى خدمات مباشرة من المختصين، فخبرة معلم التربية العامة قد تلبي حاجات الطالب، لأن بعض الطلبة ذوي الإعاقات يمكن تلبية احتياجاتهم بدون تربية خاصة.

أحيانا، ربما يحتاج معلم التربية العامة إلى استشارة معلم التربية الخاصة أو غيره من المختصين (مثال: الأخصائي النفسي المدرسي)، بالإضافة للأدوات الخاصة والتجهيزات أو الأساليب اللازمة، وقد يدرب أخصائي التربية الخاصة معلم التربية العامة بنفسه على استخدام الأدوات، والوسائل، أو الأساليب، أو يُحيله إلى مصادر أخرى، ويتشارك أحيانا معلموا التربية الخاصة والعامة مع بعضهم في التعليم، ويُدعم معلموا التربية الخاصة تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة.

يقدم معلم المصادر خدمات للطلبة والمعلمين في مدرسة واحدة، ويتم دمج الطلبة المخدومين في صف التربية العامة، ويعملون مع معلم مدرب على نحو خاص لوقت طويل وبتكرار تحدد طبيعة وشدة مشكلاتهم المحددة، ويُقيم معلم المصادر على نحو مستمر احتياجات الطلبة ومعلميهم وغالبا ما يعمل مع الطلبة بصورة فردية أو ضمن مجموعات صغيرة في غرفة مصادر خاصة، تتضمن أدوات وتجهيزات خاصة، وعلى نحو نموذجي فإن معلم المصادر يقدم الإستشارة لمعلم الصف، وينصحه حول كيفية تعليم وتوجيه الطلبة داخل الغرفة الصفية وربما يساعده ببعض التقنيات التعليمية. إن مرونة الخطة وبقاء الطالب مع أقرانه من غير ذوي الإعاقة لمعظم الوقت جعل من هذا البديل أكثر قبولا وشيوعا.

أحد البدائل التي أثارت جدلا في السنوات الأخيرة هي بديل الصف الخاص أو صف الإحتواء الذاتي، ويضم هذا الصف على نحو نموذجي 15 أو أقل من الطلبة ذوي الإعاقات الذين يشتركون بسمات أو حاجات خاصة، ويتم تدريب المعلم على نحو تقليدي كمعلم تربية خاصة ويقدم كل أو غالبية التعليم، وتتم مساعدته من قبل معلم مساعد، ويقضي الطلبة في هذه الصفوف معظم أو كل اليوم المدرسي مفصولين عن أقرانهم من غير ذوي الإعاقة، وغالبا ما يتم دمج الطلبة ذوي الإعاقات مع أقرانهم الآخرين لبعض الوقت (ربما في حصص الرياضة، والموسيقى، أو غيرها من الأنشطة التي يمكن أن يشاركوا فيها بصورة جيدة).

تُعد مدارس التربية الخاصة بدائل خاصة للطلبة ذوي الحاجات الخاصة الذين يحتاجون لمستوى عال من التخصص أو التفاني في تلبية احتياجاتهم، وغالبا ما ينظم اليوم المدرسي لتلبية احتياجات كل فئة من الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، كما يتم توفير تجهيزات خاصة ضرورية للعناية بهم وتعليمهم، ويعود هؤلاء الطلبة إلى منازلهم في الساعات غير المدرسية.

إن التعليم في المستشفى هو بديل مهم للطلبة ذوي الإعاقات الجسدية، كما أنه يُعد أحيانا بديلا مناسبا للطلبة ذوي الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية أو الإعاقات الأخرى حين لا يكون هناك خيار متاح بسهولة، وعادة ما يبقى الفرد في المستشفى أو في المنزل لوقت قصير نسبيا، ويبقى معلم المستشفى أو المنزل على علاقته بمعلم الصف العام.

يتلقى بعض الطلبة ذوي الحاجات الخاصة خدماتهم في مدرسة الإقامة الدائمة ويبقون مدة 24 ساعة، وغالبا ما يبقون بعيدا عن منازلهم وعن مجتمعاتهم، ويتطلبون مستويات عالية من التخصص

أو التفاني بين البدائل التربوية وفق ما ورد في قانون الـ IDEA، وقد يقوم هؤلاء الطلبة بزيارات دورية لمنازلهم أو بزيارات نهاية كل أسبوع، ويُقيمون طوال أيام الأسبوع في المؤسسة التي يتلقون فيها التعليم الأكاديمي بالإضافة إلى التدريب على تدبير أمورهم الحياتية اليومية.

الشكل 13.2 يوضح الفكرة من الإختلاف بين انفصال الطلبة عن صفوفهم التعليمية العامة وعن أقرانهم، ويُوضح أيضا زيادة الخصوصية في البيئات، والدرجة التي تكون فيها التربية "خاصة" في المتصل أو تلك التي تكون فيها خاصة جدا جدا.

في محاولة للوصول إلى طرق اقتصادية وفاعلة لخدمة الطلبة ذوي الحاجات الخاصة، تدمج العديد من الأنظمة المدرسية أو تُعدل الخيارات والأدوار التي يلعبها معلموا التربية الخاصة والأخصائيون الآخرون لتقديم الخدمة.

الشكل 13.2 متصل خيارات الإحلال (البدائل التربوية) الذي يعرض العلاقات الافتراضية بين درجة الانفصال عن الأقران في صفوف التعليم العام ودرجة الخصوصية التربوية

أكثر خصوصية ← → أقل خصوصية

مدارس الإقامة	التعليم المنزلي أو في المستشفى	مدارس التربية الخاصة (النهارية)	صف التربية الخاصة (الإحتواء الذاتي)	معلم المصادر	المعلم المتنقل	صف التعليم العام مع المعلم المستشار أو المساعد	الصف العام فقط

أكثر عزلة ← → أقل انفصالا

البيئات الأقل تقييدا Least Restrictive Environments:

كما ذكرنا في الفصل الأول، يتطلب قانون التربية الخاصة اختيار بديل مناسب للطلبة ضمن البيئات الأقل تقييدا (LRE)، وغالبا ما يعني ذلك بأن الطالب لابد أن ينفصل عن زملائه من غير ذوي الإعاقة وعن منزله، وأسرته، ومجتمعه بأقل درجة ممكنة (Rozalski&Miller,2011)، ولابد أن تكون حياة الطالب طبيعية قدر المستطاع، ولابد أن يتسق التدخل مع الاحتياجات الفردية وأن لا يتداخل مع الحرية الفردية بصورة تزيد عن اللازم، مثلا، لابد أن لا يتم إحالة الطلبة في الصفوف الخاصة إن كان بالإمكان خدمتهم بصورة كافية من قبل معلم المصادر، ولابد أن لا يتم إحالتهم في مدارس الإقامة الدائمة إن كان الصف الخاص سيلبي احتياجاتهم بنفس الدرجة.

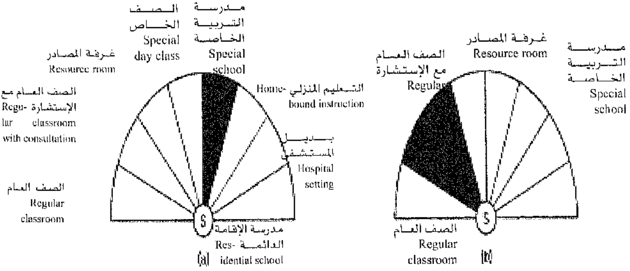
على الرغم من أن اختيار البديل المناسب للطلبة ذوي الإعاقات في البيئات الأقل تقييدا يستحق الثناء، إلا أن تعريف البيئات الأقل تقييداً ليس سهلا كما يبدو للبعض، فمنذ سنوات مضت، أشار كركشناك (Cruickshnak,1977) إلى التقييد الأكبر في البيئات المكانية ليس بالضرورة أن يعني

تقييدا أكبر للحريات النفسية أو الإمكانات الإنسانية (أنظر أيضا إلى Bateman,2007;Crockett&Kauffman,1999,2001)، وفي الحقيقة قد يصبح الطلبة أكثر تقييدا على المدى البعيد في صف التعليم العام إن تم إهمالهم فيه ورفضهم من قبل الآخرين وبالتالي سيخفقوا في اكتساب المهارات الرئيسة أكثر مما يحدث في الصف الخاص أو المدرسة النهارية حيث يتعلمون بسعادة وبصورة جيدة (Gliona, Gonzales, & Jacobson, 2005; Kauffman, Bantz, & McCullough,2002; Warnock,2005).

من المهم أن نبقي أهدافنا غير المحدودة للطلبة في أذهاننا وأن لا نجعل من مصطلح البيئات الأقل تقييدا شعارا أجوف يترتب عليه قلة الإهتمام بتعليم هؤلاء الطلبة (Crockett& Kauffman,1999,2001; Huefner,2006; Kauffman,1995; Kauffman, McGee, & Brigham,2004)، ولهذا السبب اقترح ميرسر وزملاؤه بأن يتم استبدال مصطلح البيئات الأقل تقييدا بمصطلح البيئات الأكثر تمكينا (Mercer et al., 2011).

غيلونا وزملاؤه (2005) اقترحوا "نموذج الوصول المباشر" لتصوير مصطلح البيئات الأقل تقييدا، وكما يُوضح الشكل 13.3، فإن الطالب في المنتصف يستطيع الوصول لأي خيار من خيارات الإحلال (البدائل التربوية) التي تُلبي حاجاته، ويعكس الشكل 2.5 خيارات البيئات الأقل تقييدا لطالبين مختلفين، في الحالة الأولى (a) حدد فريق البرنامج التربوي الفردي بأن البيئة الأقل تقييدا له مدرسة التربية الخاصة، فيما حدد فريق البرنامج التربوي الفردي في الحالة (b) البيئة الأقل تقييدا للطالب في الجمع ما بين خدمات غرفة المصادر وبديل الصف العام مع الإستشارة.

الشكل 13.3 نموذج الوصول للبدائل في البيئات الأقل تقييدا LRE، (a) الطالب الذي تُعد مدرسة التربية الخاصة هي البيئة الأقل تقييدا بالنسبة له، و(b) الطالب الذي تُعد البيئة الأقل تقييدا بالنسبة له مجموعة من البرامج.



المرجع: Gliona, M.F., Gonzales, A.K., & Jacobson, E.S.(2005). Dedicated, not segregated: Suggested changes in thinking about instructional environments and in the language of special education. In J.M.Kauffman& D.P.Hallahan(Eds.), The illusion of full inclusion: A comprehensive critique of a current special education bandwagon (2nd ed., p. 144). Austin, TX: Pro-Ed.

تُشير البيانات الصادرة في نهاية الثمانينيات إلى أن التوجه كان ثابتا نحو وضع نسبة أكبر من الطلبة ذوي الإعاقات في صفوف التربية العامة، وتركزت الاتجاهات نحو وضع أطفال أقل من ذوي الإعاقة في غرف المصادر، وفي صفوف خاصة وفي البدائل التربوية المنفصلة على نحو عام (U.S. Department of Education,1995, 2005, 2009)، وهناك تباين كبير بين البدائل التربوية للطلبة ذوي الإعاقات يختلف من ولاية لأخرى ومن مدرسة إلى مدرسة في الولاية نفسها، على أية حال، غالبية الطلبة ذوي الإعاقات يتعلمون في صفوف التعليم العام، وعلى نحو عام، هناك أكثر من 50% من الأفراد ذوي الإعاقات ما بين أطفال وشباب يتلقون تعليمهم بصورة رئيسة في صفوف التعليم العام، وعلى نحو نسبي، فإن القليل من الطلبة ذوي الإعاقات يتلقون تعليمهم خارج المدارس العامة.

إن الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 6 سنوات هم أقل استفادة من صفوف التعليم العام وأكثر مشاركة في المدارس المنفصلة مقارنة بأطفال المدرسة، أما المراهقون الأكبر والبالغون الصغار، غالبا ما يُشاركون بصورة أكبر في الصفوف الخاصة، وفي المدارس المنفصلة وفي البيئات الأخرى مثل التعليم المنزلي أكثر من الطلبة في المدارس الأولية والثانوية، ويمكن أن نفسر هذه الإختلافات بحقائق متعددة:

- أطفال الروضة والبالغون الصغار المرشحون لتلقي خدمات التربية الخاصة قد تكون لديهم إعاقات أشد من الطلبة الآخرين في المراحل التي تقع ما بين صف الروضة وحتى الصف الثاني عشر.
- لا تحتوي بعض أنظمة المدارس على صفوف تربية عامة لمرحلة الروضة، وبهذا يكون البديل عن صفوف التربية العامة متاحا وملائما أكثر.
- إن المنهاج والبرامج التربوية ذات العلاقة بالعمل بالنسبة للمراهقين الأكبر سنا والبالغين الصغار من ذوي الإعاقات غالبا ما تُوفرُ من قبل المدارس الثانوية العامة.

تعتمد البيئات الأقل تقييدا جزئيا على الخصوصية الفردية، فمثلا، الطلبة الذين تكون إعاقتهم الرئيسة لغوية وكلامية غالبا ما لا يحتاجون إلى بديل صف منفصل أو مدرسة منفصلة، وبنفس الصورة، يمكن أن يتم تعليم غالبية الطلبة ذوي الصعوبات التعلمية على نحو مناسب ورئيس في صفوف التربية العامة، ومن ناحية أخرى، لابد أن يتم تدريس الطلبة ذوي الاعتلال السمعي والاعتلال البصري الشديد في مدارس منفصلة أو صفوف خاصة في بعض مهامهم المدرسية.

الدمج الشامل في المدارس Inclusion in Schools:

غالبا ما يستخدم المعلمون مصطلح الدمج الشامل في وصف تعليم الطلبة ذوي الإعاقات في نفس بيئاتهم مع أقرانهم من نفس العمر ممن ليس لديهم إعاقات، والدمج الشامل الآن هو قضية تربوية في كافة أنحاء العالم (Anastasiou& Keller,2011; Simpson& Kauffman, 2007; Waronck,2005)، وبغض النظر عن وجهات النظر الفردية حوله، فإن الخلاف حول العلاقة بين التربية الخاصة والعامة جعلت المعلمين أكثر وعيا بمشكلات تحديد الطالب الذي لابد أن يُعلم وفق منهاج خاص، والطالب الذي لابد أن يتلقى اهتماما خاصا أو خدمات خاصة، وأين ومن قبل من لابد أن يتلقى هذه الخدمات (Corckett& Kauffman,1999, 2001; Kauffman& Hallahan, 1997, 2005b; Kauffman, Mock, Tankersley, & Landrum, 2008; Mock & Kauffman, 2005; Zigmond & Kloo, 2011).

تطبيق ممارسات التعليم الشامل Implementing Inclusive Teaching Practices:

سواء كان الشخص يدعم أو لا يدعم مفهوم الدمج الشامل، فالحقيقة هي أن غالبية المعلمين يفضلون مستويات بسيطة من دمج الطلبة ذوي الإعاقات مع الطلبة من غير ذوي الإعاقات.

تستخدم المدارس على نحو عام خمس طرق لمساعدة الطلبة ذوي الإعاقات على المشاركة في صفوف التعليم العام:

1. الاستشارة التعاونية.
2. التعليم التعاوني والتنسيقات الأخرى بين أعضاء الفريق.
3. المنهاج والاستراتيجيات التعليمية.
4. التعديلات والتكييفات.
5. تدريب معلمي التعليم العام على التعامل مع التنوع.

تسير التوجهات الحديثة نحو التنوع بين التعديلات التعاونية، وتهدف جميعها إلى زيادة التعاون بين التعليم العام والخاص بهدف إفادة الطلبة ذوي الإعاقات.

الإستشارة التعاونية Collaborative Consultation: حين يتفق فريق البرنامج التربوي الفردي على حقيقة وجود إعاقة لدى الطالب، قد يتلقى الطالب خدمات التربية الخاصة في صفوف التربية العامة من خلال الإستشارة التعاونية، وفي الإستشارة التعاونية يلعب معلم التربية الخاصة أو الأخصائي النفسي دور الخبير الذي يقدم النصح لمعلم التربية العامة، وقد يقترح معلم التربية الخاصة إجراء تعديلات على التعليم أو توفير المزيد من الدعم من خلال بعض الإجراءات كالخطط السلوكية، أو تبادل الملاحظات بين المدرسة والبيت.

التعاون الفعال بين معلمي التربية العامة ومعلمي التربية الخاصة هو مكون مفتاحي في نجاح مشاركة الطلبة ذوي الإعاقات في صفوف التعليم العام

التعليم التعاوني Co-teaching: يُطلق على المصطلح أحيانا التعليم المتعاون cooperative teaching، ويأخذ التعليم التعاوني بمبدأ المعاملة بالمثل والاحترام المتبادل في الاستشارة التعاونية كخطوة دافعة نحو الأمام (see Cook, McDuffie, Oshita, &Cook,

2011; Scruggs, Mastropieri, & McDuffie, 2007; Walsh & Jones,2004). ويعني التعليم التعاوني بين معلمي التربية العامة والتربية الخاصة "تقديم اثنين أو أكثر من المختصين تعليما موضوعيا لمجموعة متنوعة من المتعلمين في مكان واحد" (Cook& Friend, 1998, p.454).

تستخدم المدارس أشكالا متعددة من التعليم التعاوني، إلا أن من الشائع أن يقدم أخصائي واحد التعليم فيما يُساعده الآخرون بطريقة ما (Scruggs et al., 2007)، وأحيانا، يجد المعلمون بأن ذلك أمرا صعبا جدا وغير عملي، وفي أحيان أخرى، يمكن أن يقدم التعليم التعاوني تحديات مدهشة للمعلمين وللطلبة، إلا أنه ولسوء الحظ، هناك ندرة في الدراسات التي تتناول آلية عمل التعليم التعاوني (Zigmond,2007).

على الرغم من عدم وجود إجابات مناسبة للأسئلة المتعلقة بكيفية تعاون التعليم الخاص والتعليم العام معا للتأكد من أن كل طفل يتلقى تعليما ملائما، إلا أنه من الواضح بأن العلاقة لابد أن تكون تعاونية، وعلى الرغم من أدوارهم المختلفة، لابد من أن لا يعمل معلموا التربية الخاصة ومعلموا التربية العامة بصورة مستقلة أو بتبادل مسارات تربوية خاصة. يتناول الفصل الخامس وحتى الخامس عشر خصائص خاصة تُسمى التفعيل وتتناول مواضيع حول قضايا خاصة للدمج الشامل في كل مجال من مجالات الإعاقة.

المنهاج والاستراتيجيات التعليمية:

Curricula and instructional strategies

بالإضافة إلى تعاون المعلم، يمكن أن يساعد المنهاج الخاص والاستراتيجيات التعليمية الطلبة ذوي الإعاقات على النجاح في صف التعليم العام، فالتعليم التعاوني استراتيجية تعليمية يؤمن العديد من المنادين بالدمج الشامل بأنها فعالة في دمج الطلبة ذوي الإعاقات ضمن مجموعات أقرانهم من غير ذوي الإعاقة، وفي التعلم التعاوني، يعمل الطلبة معا ضمن مجموعات صغيرة متنوعة في حل المشكلات أو ممارسة الاستجابات.

التعليم بواسطة الأقران peer-mediated instruction هي استراتيجية تعليمية أخرى مبنية على نتائج الدراسات وتهدف إلى زيادة دمج الطلبة ذوي الإعاقات (Fuchs et al., 2001; Gardner et al., 2001; Maheady, Harper, & Mallette, 2001; Fulk& King, 2001)

يطلق على التعليم بواسطة الأقران أيضا تعليم الأقران peer tutoring، وهو استخدام تحالف الأقران peer confederates في إدارة المشكلات السلوكية، أو أية أمور أخرى تتطلب التنسيق والتي يلجأ المعلمون فيها إلى تجنيد وتدريب الأقران للمساعدة في تعليم المهارات الاجتماعية أو الأكاديمية لأقرانهم (Falk & Wehby, 2001).

وحين يشارك كافة أفراد الصف، يطلق عليها استراتيجية تعليم الأقران على مستوى الصف classwide peer tutoring(CWPT)، ويندمج كافة الطلبة في صفوف التربية العامة على نحو روتيني في تعليم الأقران في موضوعات محددة، مثل القراءة أو الحساب (Greenwood, Arrega-Mayer,

(Utley, Gavin, & Terry, 2001; Kourea, Cartledge, & Musti-Rao, 2007)، ولا يعني هذا النموذج بأن المعلمين لا يقدمون التعليم، بل على العكس من ذلك، لابد أن يقدم المعلمون التدريب حول آلية عمل تعليم الأقران ومحتوى محاضرات التعليم، ويعلم الأقران بعضهم بعضاً للتمرين على المهارات الموجودة لديهم أصلا وممارستها.

المشاركة الجزئية Partial Participation: استراتيجية تعليمية أخرى، تتطلب مشاركة الطلبة ذوي الإعاقات، على أساس تناقصي، وعمليا، تتضمن جميع الأنشطة التي يُمارسها جميع الطلبة في صفوف التعليم العام. ويُعد الإفتراض الذي يضم الطلبة ذوي المحددات الجسدية والذهنية الشديدة مضيعة للوقت لأنهم لا يستطيعون الإستفادة من الأنشطة مستوى الطلبة من غير ذوي الإعاقات.

التعديلات والتكييفات التعليمية Instructional Accommodations And Adaptations: قد يتم تعديل التعليم للطلبة ذوي الإعاقات، وعادة ما تأخذ التعديلات شكل تعديل الأدوات أو المهام والتي تختلف عن التغييرات في المنهاج أو الاستراتيجيات التعليمية. وتتضمن التعديلات تغييرات في التعليم لا تغيرات في المحتوى أو مستوى صعوبة مفاهيم المنهاج، بدلا من ذلك، وعلى نحو عام تتضمن التعديلات تكييفات عامة للتعليم (Miller,2002).

مهمات المستويات Tiered Assignments (Tomlinson,2001): هي مثال على التعديلات التي يُقدم من خلالها المعلمون خيارات للمهام في موضوع محدد يتفاوت في الصعوبة، فمثلا، عند دراسة رواية، قد يكتب بعض الطلبة فقرة تُعرف وتصف الشخصيات، فيما قد يكتب غيرهم فقرات على الورق تُحلل صفات لكل شخصية باستخدام أمثلة من الكتاب، وفي هذه الحالة، تختلف المهام وتتدرج مستوياتها.

تدريب معلمي التعليم العام Training General Education Teachers: إحدى الآراء المهمة لمعلمي التربية الخاصة والتربية العامة، هي أنهم لابد أن يعملوا معا، وأن لديهم أدوار مميزة لابد أن يلعبوها، لقد وصفت زنجموند (Zigmond,2007) تعليم الطلبة ذوي الإعاقات بأنها مهمة لشخصين ويعني ذلك بأن التربية الخاصة الفعالة حقا تتطلب تعاون معلم التربية العامة ومعلم التربية الخاصة المدربين على أداء مهام مختلفة، وليس مجرد العمل معا في تحقيق هدف شائع، أو في التعاون لمواجهة الضغوط المتعلقة بالدمج الشامل، وترى زجموند بأن التربية الخاصة ربما تكون قد فقدت وظيفتها الرئيسة:

> " أرى بأن "مدرب التربية الخاصة" الذي اختير لكل مدرسة وُجد لتقديم الإستشارة وتطوير فريق يساعد في بناء قدرات معلمي التربية العامة على تلبية حاجات مختلف المتعلمين في صفوفهم الخاصة."(ص.130)

وافترضت زجموند (Zigmond, 2007) بأن نموذج التعليم التعاوني الشائع ليس بمقدوره تقديم نوع من التعليم المكثف الذي يتطلبه الطلبة ذوي الصعوبات التعلمية والاضطرابات السلوكية (بالإضافة إلى العديد من الطلبة ذوي الإعاقات الأخرى أيضا)، علاوة على ذلك، افترضت بأن معلمي التربية الخاصة يحتاجون إلى خبرة خاصة في التعليم المتخصص والمنهاج الفردي، إذ إن معلمي التربية العامة هم مختصوا محتوى ولابد أن يتم تدريبهم من قبل "مدرب التربية الخاصة" ليتمكنوا من تناول

مدى واسع من الحاجات التعليمية المختلفة عما لديهم، ولكنهم ليسوا بديلين عن معلمي التربية الخاصة (Zigmond&Kloo, 2011).

أدوار المعلمين في تقديم التربية الخاصة:

Teachers' Roles In Providing Special Education

لقد أشرنا إلى أن غالبية الطلبة في المدارس العامة ممن تم تشخيصهم بالإعاقات يتم وضعهم في صفوف التربية العامة لجزء على الأقل من اليوم المدرسي، وهناك سبب جيد للاعتقاد بأن عدد كبير من طلبة المدرسة العامة الذين لم يتم تحديدهم بأنهم من ذوي الإعاقة أو الموهبة يشتركون في العديد من الخصائص الموجودة لدى الطلبة ذوي الإعاقة، لذلك، لابد أن يتهيأ جميع المعلمين للعمل مع الطلبة ذوي الإعاقة، على الرغم من أنه من غير المعقول مرور كافة المعلمين بخبرات تعليم كافة فئات الطلبة ذوي الإعاقات (Kauffman& Hallahan, 2005a; Mock& Kauffman, 2002; Zigmond, 2007, Zigmond & Kloo, 2001).

إن الأدوار الخاصة بمعلمي التربية الخاصة والعامة غير واضحة دائما في كل حالة، أحيانا، قد يكون اللبس في تقسيم المسؤوليات أمرا مجهدا للغاية، وقد يشعر المعلمون بعدم الاستقرار لعدم وضوح المسؤوليات في إجراء التعديلات الخاصة بالطلبة أو ما يتوقع منهم تنفيذه بالتعاون مع المعلمين الآخرين.

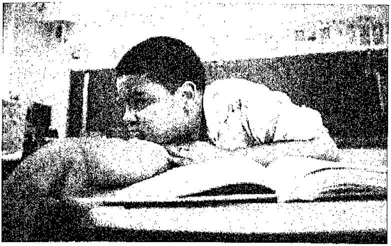
العلاقة بين التربية العامة والخاصة:

Relationship Between General and Special Education

خلال الثمانينيات أوصى الإصلاحيون الراديكاليون بأن التربية الخاصة محكوم عليها بالإنفصال، وبأنها جزء تعريفي من التعليم، ينادي بالنظام التعليمي الموحد والفردي والذي يظهر فيه كافة الطلبة فريدين وخاصين ومؤهلين لنفس النوع من التربية، وعلى الرغم من أن العديد منهم اقترحوا إصلاحات مهمة وبعضهم تمكنوا من تقديم فوائد لها على الطلبة ذوي الإعاقات إلى أن هناك تشكيك في الأسس المتعلقة بدمج التربية الخاصة مع التربية العامة (Bateman, 2007; Crockett & Kauffman, 1999, 2001; Fuchs & Fuchs, 1994; Hockenbury, Kauffman, & Hallahan, 1999-2000; Kauffman, 1995, 1999-2000; Kauffman & Hallahan, 2005a, 2005b; Martin, 1995; Mock & Kauffman, 2002, 2005; Warnock, 2005; Zigmond, 2007; Zigmond & Kloo, 2011).

التربية الخاصة والطلبة المعرضون للخطر Special Education and Students at Risk:

إن مصطلح المعرضين للخطر غير معرف بوضوح، ولكنه يعود غالبا إلى الطلبة الذين يؤدون أو يتصرفون بضعف في المدرسة ويظهرون احتمالية الفشل أو الإخفاق قبل إظهار إمكاناتهم. بعض



إن مصطلح المعرضين للخطر غالبا ما لا يكون معرفا بوضوح إلا أنه يعود إلى الطلبة الذين يؤدون أو يتصرفون بشكل ضعيف ويبدون كما لو يكونوا مخفقين أو على وشك الإخفاق مقارنة بإمكاناتهم: هل لابد ان تتوسع التربية الخاصة لتشمل هؤلاء الطلبة؟

المنادين بالإصلاح يرون بأن الطلبة المعرضين للخطر لا يمكن أو يصعب تمييزهم عن أولئك ذوي الإعاقات البسيطة، ويفترض آخرون بأن المشكلات الخاصة بالطلبة المعرضين للخطر يتم تجاهلها أحيانا. هل لابد من دمج التربية الخاصة مع التربية العامة بهدف تمكين التربية العامة بصورة أفضل من الاستجابة للطلبة المعرضين للخطر؟ أو هل على التربية الخاصة الإبقاء على هويتها المتفصلة وتوسعها لشمول هؤلاء الطلبة؟

هذه الأسئلة ليست لها إجابات جاهزة، بغض النظر عن مكان رسم الخط الفاصل بين الطلبة الذين يُعدون من المعرضين للخطر وبين الطلبة ذوي الإعاقات، فإن هذا الخط يبقى اعتباطيا ويقود إلى الشك حول بعض الطلبة، وبكلمات أخرى، لا يوجد كليا تمييز واضح يوجد بين العرضة للخطر والإعاقة لأن التحصيل التربوي والكفاءة الاجتماعية يمكنها أن تتدرج من القليل إلى الكثير، ولا فاصل مفاجئ أو مثير بين مستويات أداء الطلبة (Boardman & Vaughn, 2007; Kauffman & Hallahan, 2005a; Kauffman & Konold, 2007).

توقعات من كافة المتعلمين Expectations for All Educators:

أحد المحددات لجميع المعلمين هي أنه ليس بمقدورهم تنفيذ المعجزات التي تظهر في الإعلام الشعبي، حتى إن كانوا جيدين جدا فيما يفعلونه (Moore,2007)، المعلمون الحقيقيون يمكن أن يكونوا مرحين، ومضحين ذاتيا، ومثاليين ومؤثرين كؤلئك الذين يظهرون في الأفلام، وغالبية المعلمين لا يتمكنون من الوصول إلى نفس النتائج كؤلائك الذين يحصلون على جوائز لأدائهم الإستثنائي، على أية حال، المعلمون المؤهلون يمكنهم أن يصنعوا اختلافا مهماً في حياتهم مع الأطفال الذين يعملون معهم، ولابد أن يُقدم المعلمون أفضل ما لديهم بعد أن تُوضع المصادر تحت تصرفهم، فالكفاح للتميز هو أمر جدير بالإعجاب، ييسر تحقيق أقصى درجة ممكنة من التقدم حتى وإن لم تصل إلى مرحلة الإتقان، وهو ما يُعد أمرا مهماً للمعلمين والطلبة على حد سواء.

بغض النظر عما إذا كان المعلمون مدربون على نحو خاص في التربية الخاصة، قد يُتوقع منهم المشاركة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة بإحدى الطرق الآتية:

1 . تقديم الجهود القصوى لتعديل حاجات الطلبة الخاصة، ويتطلب التعليم في المدارس العامة التواصل مع مختلف الطلبة في كل صف، ولابد أن يشارك جميع المعلمين في عملية الاستجابة

يتشارك معلمو التربية الخاصة والعامة مسئولية تحديد وتطبيق الإستراتيجيات الفعالة لتربية الحاجات الخاصة لطلبتهم

للتدخل، وفي بذل الجهود لتلبية احتياجات الأفراد الذين قد يجدوا صعوبات بطريقة ما مقارنة بالطالب المتوسط أو المثالي، وتتطلب الاستجابة للمعالجة تطبيق التعليم المبني على الأدلة والذي يزيد في شدته حسب الضرورة. إن المرونة والتكيف والتعديلات والانتباه الخاص أمور متوقعة من كل معلم، ولابد أن يتم اللجوء إلى التربية الخاصة للضرورة فقط وحين لا تنجح الجهود المبذولة لتلبية احتياجات الطالب الفردية.

2. تقييم القدرات والصعوبات الأكاديمية: على الرغم من أن الأخصائي النفسي أو غيره من موظفي المدرسة الخاصة قد يديرون اختبارات الطلبة الرسمية المعيارية في المجالات الأكاديمية، إلا أن التقييم الدقيق يتطلب تقييم المعلم لأداء الطالب في الغرفة الصفية، ولابد أن يسجل المعلمون تمكن أو عدم تمكن الطلبة من الأداء على كافة المجالات الأكاديمية المسؤولين عنها كجزء من عملية الاستجابة للتدخل.

3. الإحالة للتقييم: بموجب القانون، لابد أن تبذل جميع أنظمة المدرسة العامة جهودا مكثفة للكشف والتعرف على جميع الأطفال والشباب في سن المدرسة ممن لديهم إعاقات، ولابد أن لا تتم إحالة الطلبة إلى التربية الخاصة قبل أن يبذل المعلمون جهودا مكثفة لا تنجح في تلبية حاجات الطلبة داخل صفوف التعليم العام، وقبل الإحالة، لابد أن يسجل موظفو المدرسة الاستراتيجيات التي تستخدم في تعليم وإدارة الطلبة في أوضاع التعليم العام، والإحالة تكون مبررة فقط حين تخفق هذه الإستراتيجيات، ويتم تيسير هذا بطريقة نموذجية من خلال عملية الاستجابة للمعالجة.

4. المشاركة في مؤتمرات الأهلية: قبل أن يقدم الطالب التربية الخاصة، يسهم فريق ما بين التخصصات في تحديد أهلية الطالب، ولذلك، لابد ان يستعد المعلمون للعمل مع المعلمين الآخرين والمختصين من التخصصات الأخرى (مثال: علم النفس، الطب، أو العمل الاجتماعي)، وفي تحديد أهلية الطالب للتربية الخاصة.

5. المشاركة في كتابة البرامج التربوية الفردية: فكل طالب يحدد بإعاقة ويتلقى التربية الخاصة ولابد أن يكون لديه برنامجا تربويا خاصا مكتوبا، ولابد أن يستعد المعلمون للمشاركة في

الاجتماع الخاص بتطوير البرنامج (من الممكن أن يضم الطالب و/ أو أسرته بالإضافة إلى المختصين الآخرين).

6. التواصل مع الآباء والأمهات أو أولياء الأمور: لابد أن يستشير المعلمون الآباء والأمهات (أحيانا الآباء والأمهات البدلاء) أو أولياء الأمور أثناء التقييم لتحديد أهلية الطفل للتربية الخاصة، وصياغة برنامج التربية الخاصة، وإعادة تقييم أي برنامج خاص قد يتم تصميمه، ولابد أن يسهم المعلمون في تواصل المدرسة مع الآباء والأمهات حول مشكلات الطفل، وتحديد البديل المناسب، والتقدم.

7. المشاركة في عملية الإستماع والتفاوض: الآباء وأولياء الأمور أو الطلبة ذوي الإعاقات أنفسهم المستائين من استجابة المدرسة للحاجات التربوية التي تتطلب إلى الاستماع والتفاوض بخصوص الخدمات الملائمة، وقد تتم دعوة المعلمين لدعم الملاحظات والآراء أو الإقتراحات المتعلقة بتلك المفاوضات.

8. التعاون مع المختصين الآخرين في التعرف والاستخدام الأقصى لقدرات الطلبة ذوي الإعاقات، ويتوقع من معلمي التربية الخاصة والعامة المشاركة في مسؤوليات لتعليم الطلبة ذوي التربية الخاصة، وبالإضافة إلى ذلك، قد يحتاج المعلمون إلى التعاون مع غيرهم من المختصين، بناء على خصوصية إعاقة الطفل (مثال: أخصائيون نفسيون، مرشدون، أطباء، أخصائيو علاج طبيعي).

إن المستوى العالي من كفاءة المختصين والحكم الأخلاقي متطلب لتأكيد تلك التوقعات، ويتطلب التدريس معرفة شاملة بتطور الطفل وخبرة في التعليم، علاوة على ذلك يواجه المعلمون أحيانا معضلات أخلاقية واختصاصية جدية في تلبية احتياجات الطلبة وذويهم، ومن ناحية أخرى، في محاولة التكيف مع الضغوط الإدارية أو القانونية (Crockett& Kauffman, 1999; Kauffman & Hallahan,2007)، فمثلا، حين يلاحظ المعلم مؤشرات تعكس احتمالية وجود الإعاقة لدى الطلبة، هل على المعلم أن يحيل الطالب للتقييم وللبديل الممكن في التربية الخاصة، حين يكون متأكدا من أن المدرسة تقدم خدمات غير ملائمة أو غير كافية؟ هل يجوز بالنسبة للمعلم الذي يُؤمن بقوة بأن الطلبة ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة يحتاجون في سن المراهقة إلى التربية الجنسية أن يمتنع عن منح الطلبة أي معلومات لأن التربية الجنسية ليست جزءا من المنهاج المحدد؟

التوقعات من معلمي التربية الخاصة Expectations for Special Educators:

بالإضافة إلى التأهيل الكافي لتلبية توقعات كافة المعلمين، لابد أن يمتلك معلمو التربية الخاصة خبرة خاصة في المجالات الآتية من حيث المهارة والمعرفة:

1. *تعليم الطلبة ذوي المشكلات التعلمية*: غالبية الطلبة ذوي الإعاقات لديهم صعوبات كبيرة في تعلم المهارات الأكاديمية مقارنة بالطلبة من غير ذوي الإعاقات، وهذا ينطبق على غالبية فئات الإعاقة لأن الاعتلالات الحسية والإعاقات الجسمية والإعاقات العقلية أو الانفعالية تجعل

التعلم الأكاديمي أكثر صعوبة، وغالبا ما تكون الصعوبة خفيفة، وأحيانا قد تكون شديدة. لا بد أن يكون لدى معلمي التربية الخاصة صبر وأمل، ومع ذلك لابد أن يكون لديهم مهارات فنية أيضا فيما يتعلق بالمهام الأكاديمية وبذلك يتفهم الطلبة ذوو الإعاقات ويستجيبون على نحو مناسب. إن تعليم الطلبة ذوي الإعاقة هو مفتاح تطوير التربية الخاصة (Kauffman & Hallahan, 2005a; Kauffman & Landrum, 2007)، ويستعرض الجدول 13.4 ثماني اتجاهات للتعليم تجعل التربية الخاصة خاصة، وعلى الرغم من أن هذه الاتجاهات ليست فريدة في التربية الخاصة، إلا أن معرفتها وممارستها لا تقتصر على معلمي التربية الخاصة، بل هي تعديلات أو خيارات للعمليات التعليمية التي يستخدمها جميع المعلمين بطريقة ما. إن ما يجعل التربية الخاصة خاصة ليس التعليم فحسب وإنما التعليمات المختارة لتلبية حاجات الطلبة ذوي الإعاقات. لقد أشار كل من كوفمان وهالهان (Kauffman & Hallahan, 2005a)، إلى أن التربية العامة قد تتمتع بنوع من الخصوصية، وخلصت زيجموند (Zigmond,2007) إلى أنها غالبا ما تجعل معلمي التربية الخاصة يؤدونها بالخصوصية التي ينبغي أن تكون عليها.

الجدول 13.4 اتجاهات التربية الخاصة التي يمكن أن تجعلها حقيقة خاصة

اتجاهات التدريس	التعريف	خيارات التدريس
1. السرعة (النسبة)	سرعة الدرس، سرعة تقديم المفاهيم الجديدة.	البطء أو السرعة في تلبية خصائص الطلبة
2. الكثافة	تقليل المطالب، والصعوبة، والتعقيد	حجم خطوات التعلم، وعدد المحاولات، وتكرار المراجعات لإجراء التعديلات كي تناسب المتعلمين.
3. الصرامة أو الاستمرار	الشدة، والإصرار والمثابرة	تكرار المحاولات باستخدام طرق مختلفة حسب الحاجة
4. التعليم	الصراحة والقدرة على التنبؤ، وتوجيه المعلمين، والتسامح، وفورية النتائج	التعديل (الشديد أو الخفيف) لتلبية خصوصية كل طالب
5. التعزيز	مكافأة السلوك المرغوب	زيادة، أو تكرار أكثر، وفوري، و صريح أو ملموس حسب الضرورة

6. نسبة الطلبة/ للمعلم (حجم عدد الطلبة لكل مُعلم الصف)		أقل أو أكثر فردية
7. المنهاج	مُحتوى التعليم، وهدف النشاط	يحدد بحسب الحاجات الفردية
8. المراقبة (التقييم)	تتبع التقدم	تأكد (اختبار) يومي أو شبه يومي من تحقيق المهام والأهداف الخاصة

2. *إدارة المشكلات السلوكية الجدية: العديد من الطلبة* ذوي الإعاقات لديهم مشكلات سلوكية بالإضافة لإعاقاتهم الأخرى، البعض في الحقيقة، يتطلب التربية الخاصة على نحو رئيس بسبب سلوكهم غير الملائم أو الفوضوي. ولابد أن يتمكن معلمو التربية الخاصة من التواصل بفاعلية مع الكثير من سلوكات الطلبة المزعجة. بالإضافة إلى التفهم والتعاطف، لابد أن يتقن معلمو التربية الخاصة تقنيات لمساعدة الطلبة ذوي السلوك الانسحابي تحديدا، ولضبط أولئك الذين لديهم عدوان شديد والذين يصرون على الفوضى، بتعليمهم مهارات اجتماعية مهمة. إن خطط التدخل في السلوك ضرورية لجميع الطلبة الذين يتلقون التربية الخاصة ويظهرون مشكلات سلوكية حقيقية، بغض النظر عن تصنيفهم أو وصمهم التشخيصي (Kauffman, Mostert, Trent, & Pullen,2006; Landrum & Kauffman,2006).

3. تقييم *التقدمات التكنولوجية*: تطبق التكنولوجيا بازدياد في تعليم الطلبة ذوي الإعاقات وتطور حياتهم اليومية، ولابد أن يتمكن معلمو التربية الخاصة من تقييم فوائدها وأضرارها في تعليم الطلبة والفتيان من ذوي الإعاقات.

4. معرفة *قانون التربية الخاصة*: تتضمن التربية الخاصة اليوم العديد من التفاصيل في القانون، إن حقوق الطلبة ذوي الإعاقات موضحة بتفصيل كبير في التشريعات الفدرالية وتشريعات الولاية، وترجم هذه القوانين بالإضافة إلى الأنظمة والتعليمات التي ترافقها بثبات من خلال قرارات قضائية جديدة، ولا يحتاج معلمو التربية الخاصة إلى أن يكونوا محامين، ولكنهم يحتاجوا إلى أن يكونوا واعين بالمتطلبات القانونية والمحددات إن كانوا سيُصبحون مدافعين أقوياء عن الطلبة ذوي الإعاقات (Bateman,2007; Huefner,2006; Yell,2006).

لقد تم تفصيل المعرفة والمهارات التي يتوقع من كل معلم تربية خاصة أن يتقنها من قبل منظمة المحترفين الأساسيين لمعلمي التربية الخاصة، والتي تدعى بمجلس الأطفال ذوي الحاجات الخاصة (Council for Exceptional Children,1998).

هذه توقعات ومجالات عامة للمسؤولية الكفؤة والتي لابد أن يعنى بها كل معلم تربية خاصة، على أية حال، لا يتحمل معلمو التربية الخاصة مسؤولية تقديم التعليم الجيد فحسب وإنما التعليم الفردي

والمكثف، والمتين، والعاجل بدرجة كبيرة، والموجه نحو الهدف (Hallahan, 2007; Kauffman & Hallahan, 2005a; Kauffman & Landrum, 2007; Zigmond, 2003, 2007)، ويُقدم عنوان "التعليم الاستجابي: تلبية احتياجات الطلبة" من الفصل الثالث وحتى 15 معلومات حول الممارسات المبنية على الأبحاث للمساعدة في جعل التعليم مكثفا، ومتينا وموجها نحو الهدف.

دمج الأشخاص ذوي الإعاقة في المجتمع الأكبر:

Integration Of People With Disabilities Into The Larger Society

الإتجاه نحو دمج الأشخاص ذوي الإعاقات في المجتمع الكبير بدأ قبل عقود وهو اليوم أقوى من أي وقت مضى. رواد الدمج فخورين بأنهم قللوا عدد الأشخاص الذين يعيشون في مراكز الإقامة الدائمة وعدد الطلبة الذين يشاركون في مدارس التربية الخاصة وفي الصفوف الخاصة.

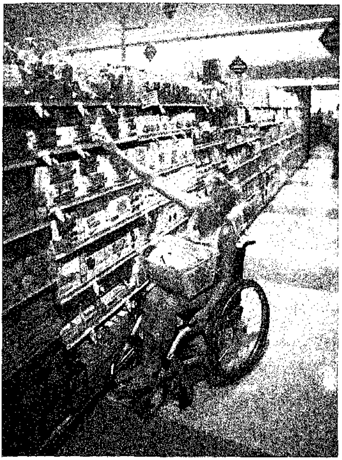
إن المدارس هي جزء من المجتمع (Warnock,2005)، وسوف نناقش فيما يلي الدمج في المجتمع الأكبر.

لقد لاحظنا بأن العديد من القضايا التي ناقشناها متداخلة، فمثلا، التصميم العالمي للتعلم، والتعليم الفارقي، والدمج الشامل، لا ينفصلوا عن بعضهم بعضاً على صورة قضايا متميزة، إلا أن توكيد الذات يبقى هو الأمر المهم كجزء من التخطيط للانتقال بالنسبة للبالغين وصغار البالغين من ذوي الإعاقات.

إن الدمج والدمج الشامل للأشخاص ذوي الإعاقات في المجتمع والمدرسة هي قضايا متعددة الوجوه، وسيكون نقاشنا منظما حول الموضوعات الرئيسة في تلك العمليات.

تحديد المصير Self Determination:

لقد تبنت حركات معاداة الإيواء حق الأشخاص ذوي الإعاقات في ممارسة تقرير(توكيد) الذات، وهو حق صنع القرارات الخاصة بالفرد والمتعلقة بالسمات المهمة لحياة الشخص، بما في ذلك أين يعمل وأين يعيش، ومع من سيصبح صديقا، وفيما سيكمل تعليمه "إن تحديد المصير قد يكون معرفا من قبل الطلبة كصنع قرارات خاصة" (Sitlington&Clark, 2006,p.238)، لقد أشار كل من شوارتز، وجاكوبسون، وهولبرن (Schwartz, Jacobson, & Holburn, 2000) إلى أن السمة المميزة والرئيسة للتخطيط المبني على الفرد هي أن "أنشطة وخدمات ودعم الشخص مبنية على أحلامه، واهتماماته، وارادته، وقوته، وقدراته الخاصة"(ص.238)، ولعل الفكرة الرئيسة هي أن الأشخاص ذوي الإعاقات لابد أن يمارسوا الضبط الذاتي في حياتهم (Brolin & Loyd, 2004; Chambers et al., 2007; Freene & Kochhar - Bryant, 2003; Powers et al., 2007)، ولابد أن لا يتخذ أشخاص آخرون كالأخصائيين النفسيين والمرشدين، والأطباء، والآباء والأمهات، والمعلمين، والمدراء قرارات عن الأشخاص ذوي الإعاقات.



هدف مُفتاحي للأشخاص ذوي الإعاقات هو تعلم المهارات التي تُعزز توكيد الذات، والذي يعني القدرة على صنع الخيارات والتحكم بحياتهم الخاصة، وأن يكونوا مُدافعين ذاتيين

إن صنع مواقع مدرسية يكون لكافة الأطفال فيها صوتا مهماً أو قولا في قرارات حاسمة هو أمر مهم، ولقد لاحظ الباحثون بسرعة أن تقرير (توكيد) الذات متعلم ولابد من تعليمه في كافة المراحل الدراسية، بما فيها المستويات الأساسية (Browder, Wood, Test, Karvonen, & Algozzine, 2001; Hughes, Wood, Konrad, & Test, 2006; Jones, 2006; Palmer & Wehmeyer, 2003).

تحمل المسؤولية الذاتية: على نحو عام، فإن توكيد الذات يعني تحمل مسؤولية حياة الشخص، ويمكن أن يلعب المعلمون دورا مهماً في تحفيز قدرات ومواقف الطلبة والتي ستحتاج إلى تحمل المسؤولية في حياتهم من خلال تقديم التدريب على مهارات تحديد المصير وابتكار البيئات التي يمكن أن تتم فيها ممارسة هذه المهارات، ولدى بعض المنظمات الاختصاصية بيانات السياسة العامة فيما يتعلق بحق تقرير المصير، وسيتم بحث تحديد المصير بتوسع في الفصل الثاني.

هدف مفتاحي للأشخاص ذوي الإعاقات هو تعلم المهارات التي تعزز تحديد المصير، والذي يعني القدرة على صنع الخيارات والتحكم بحياتهم الخاصة، وأن يكونوا مدافعين ذاتيين

هل يُناسب تحديد المصير الإعاقات؟ بالنسبة لبعض الإعاقات مثل الإعاقات العقلية الشديدة، فإن اتخاذ القرارات حول علاج الشخص قد يترتب عليه استمرار تدهور الإنسان (Earley, 2006)، لذا، فإن ما قد يبدو بأنه فكرة مقبولة عالميا، في الحقيقة، يُطبق فقط في ظروف بيئية أو استنادا إلى طبيعة الإعاقة.

أيضا فإن قضية ما إذا كان التخطيط المبني على الفرد جزء من تحديد المصير، قد تخلق أملا خاطئا بدلا من أن تُطور استراتيجية لدمج الأشخاص ذوي الإعاقات التطورية في المجتمع الأكبر، لقد أشار أوسبورن مثلا (osborne, 2005) :

" افترضت بأن الطرق المبنية على الشخص هي الحلقة الأحدث في سلسلة إصلاح الأخطاء، وترى كافة أساليب التواصل مع الأشخاص الذين لديهم إعاقات تطورية بأنه

إجراء سياسي تصحيحي (للحظة على الأقل) أو حركة في ميدان العلوم الاجتماعية، أو تبن غير محرج .. لمواجهة صعوبة حل المشكلات" ((P.318.

التصميم العالمي والتصميم العالمي للتعلم :

Universal Design and Universal Design for Learning

بناء على المبادئ المعمارية للتصميم العالمي، والتصميم العالمي للتعلم الذي يخدم الهدف العام لتيسير التعليم لطلبة أكثر في برامج الدمج الشامل، إن الفكرة هي أنه بتعديل التمثيل (الأدوات)، والتعبير (طرق التواصل)، والإرتباط (كيف يستجيب الطلبة للمنهاج)، يمكن أن يشمل المعلمون مدى أوسع من الطلبة في صفوف التعليم العام النموذجية (Spooner, Baker, Harris, Ahlgrim - Delzell, & Browder, 2007).

تصميم الأشياء لتكون أكثر استخداماً : إن سهولة الوصول للشبكة العالمية من قبل الأشخاص ذوي الإعاقات هو اتجاه حالي، وينص الجزء 508 من قانون إعادة التأهيل على أن المؤسسات الفدرالية لابد أن تؤكد على توفير التسهيلات المتساوية للأشخاص من ذوي الإعاقة ومن غير ذوي الإعاقة فيما يتعلق بتكنولوجيا المعلومات والتكنولوجيا الإلكترونية بالإضافة إلى المعلومات والخدمات، علاوة على ذلك، يحث قانون IDEA المعلمين على مراعاة استخدام التكنولوجيا المساعدة في خدمة الطلبة ذوي الإعاقات، لإتاحة الفرصة للصفوف النموذجية كي تستوعب تنوعا أكبر من الطلبة (Spooner et al., 2007).

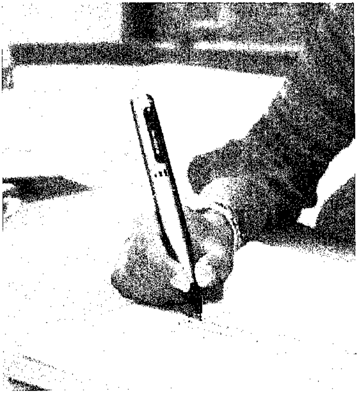
هل يزيل التصميم العالمي الحاجة إلى التصميم العادي؟ تتعلق إحدى القضايا المستمرة بمتى يفترض أن يتم التوصل إلى محددات النموذج العالمي والتقدم في إنتاجه، قد يفعل المبتكرون والمصممون ما بوسعهم ليكونوا "أذكياء منذ البداية" (Pisha& Coyne, 2001)، ولكن ربما لا يتمكن أحد منهم من معرفة حاجات المستخدمين التي لابد من متابعتها.

تستخدم التعديلات في التعليم تصميم التعليم العالمي، الذي يمكن أن يجعل الدروس ملائمة لمدى واسع من الطلبة، لذا، لابد أن لا يهمل المعلمون إمكانية تصميم خطط الدرس الملائمة لتنوع الطلبة الكبير.

ربما يكون مصطلح عالمي كمصطلح جميع، لابد أن لا يأخذ على نحو حرفي، وإلا سيصبح هزيمة للذات، ومن المرجح جدا الحاجة إلى "تفصيله" حتى فيما يتعلق بالتعليم، لقد أشار بعض الباحثين في التربية الخاصة إلى أن الطلبة ذوي الإعاقات يحتاجون إلى تعليم فردي أكثر ملاءمة للطلبة من التعليم المقدم للطلبة من غير ذوي الإعاقات (e.g., zigmond, 2007).

استخدام التكنولوجيا الحديثة Use of New Technologies:

نظرا لأن قضية التكنولوجيا أصبحت أكثر تعقيدا، أصبحت قضية الاستقلالية أكثر أهمية، وقد تكون إحدى الموجهات العامة بأن التكنولوجيا إن كانت تتيح للأشخاص ذوي الإعاقات فرصة عمل شيء لا يستطيعون عمله دونها، ستكون التكنولوجيا من أفضل اهتماماتهم، وعلى أية حال، إن كانت التكنولوجيا تتيح لهم فرصة عمل شيء جديد أو أفضل إلا أنها في الوقت نفسه تفرض محددات جديدة، تجعل الشخص يعيد التفكير بفوائد التكنولوجيا.



التقدمات التكنولوجية لكافة الأنماط يمكن أن تكون فيها مضامين بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقات

يمكن أن يتضمن التقدم التقني في كافة الأنماط مضامين على الأشخاص ذوي الإعاقات، وهناك ثلاث إجراءات متطورة تبرز أهميتها على نحو خاص (أ)العلاج الطبي، و(ب) الاستنساخ البشري، و(ج) التواصل. بعض هذه الإجراءات يدور حولها جدل كبير خاصة تلك المتعلقة بالعلاج الطبي والاستنساخ البشري، والجدل يدور الآن حول ما إذا كان من الممكن تنفيذها أو لا، وقد تتضمن بعض التدخلات اثنان أو ثلاثة من التقنيات التي تناولناها، مثلا، هل ستستخدم زراعة القوقعة-الأذن الداخلية الصناعية- (تم مناقشتها سابقاً في الفصل الثامن) لإتاحة الفرصة للأطفال الصم للاستماع كلما كان ذلك ممكنا؟ هذه قضية تتضمن علاجا طبيا وتواصلا، مثال آخر: هل لابد من تصحيح الإعاقات جراحياً قبل الولادة (في الرحم) إن كان هذا ممكنا؟ هل النتائج المتعلقة ببحوث خلايا الأجنة الجذعية تطبق في علاج أو تصحيح الإعاقات الجسدية إن كان ذلك ممكنا؟ ما هي السمات التي سيسمح للآباء باختيارها لأطفالهم؟ هناك بعض القضايا الأخلاقية الجدلية التي تم مناقشتها في الفصول السابقة.

الجانب العلوي والجانب السفلي للتكنولوجيا: كلما أسرعت التكنولوجيا، تسرع معها تطبيقاتها في الحياة اليومية للأشخاص ذوي الإعاقات، وبلغة أخرى، توسع التكنولوجيا من قدرات الأشخاص ذوي الإعاقات وغيرهم في الوصول إلى المعلومات والتواصل والتنقل وأداء العديد من المهام اليومية الأخرى، كما يمكن أن تتيح التطبيقات التكنولوجية لبعض الأشخاص ذوي الإعاقات فرصة الأداء بمستوى يقارب الأشخاص الآخرين.

بعض الجوانب السلبية هي الاعتماد على التكنولوجيا ومشكلة الثقة، فالناس يميلون إلى الاعتماد على أي تكنولوجيا يستخدمونها بدلا من تعلم كيفية أداء الأشياء بطرق بديلة، وبذلك لا تكون لديهم فكرة حول كيفية أداء الأشياء بالطريقة "قديمة" حين تتعطل الأداة.

هلي ينبغي تنفيذ بأداء شئ ما لأننا نستطيع تنفيذه؟ من المحتمل أن تكون القضية جدلية حول ما إذا كان علينا أداء كافة الأشياء التي بمقدورنا أداءها دون التكنولوجيا، وترتبط المعضلات الأخلاقية والمعنوية بمحاولة إزالة بعض المحددات مثل عدم القدرة على السمع أو الرؤية أو المشي او التواصل.

إن المزعج جدا في الأمر يتعلق بقضية ما إذا كان علينا السماح للآباء والأمهات بالتدخل في وضع أطفالهم لأقصى درجة ممكنة. مثلا، هل سيسمح للآباء والأمهات بتصميم أطفال بـ أو من غير ما يعده الناس إعاقات؟ إن القدرة على اختيار الأجنة (أو تصميمهم) بخصائص محددة أو من غيرها (مثال: الصمم، والسكري، القابلية للفصام أو الإكتئاب، القزامة) بالإضافة إلى إن المعضلات الأخلاقية المقدمة، ستزيد من التحديات المتعلقة بقضية تعريف الإعاقة ومفاهيمها (Kauffman & Hallahan, 2007).

التربية الخاصة في سياق الإصلاح المبني على المعايير:

Special Education In The Context Of Standards-based Reform

إن حركة الإصلاح المبني على المعايير التي ظهرت في التسعينيات وفي بداية الألفية الثانية بنيت على حقيقة مفادها أن صانعي السياسات الفدرالية وسياسات الولاية أصبحوا يعنون بما ظهر من هبوط عام في تحصيل الطلبة التربوي، وكنتيجة لذلك، اقترحوا اصلاحات "مبنية على المعايير"، وتضمنت هذه الإصلاحات وضع معايير للتعلم يتم قياسها باختبارات معيارية، ويؤمن الإصلاحيون بأن توقعات المعلمين كانت متدنية جدا وبأنه لابد من نقل كافة الطلبة إلى معايير أعلى (Finn, Rotherharn, & Hokanson, 2001;Hoover& Patton, 2004; Pugach & Warger,2001; Thurlow, 2000; Thurlow, Nelson, Teelucksingh, & Draper,2001).

إن حركة الإصلاح المبني على المعايير أحضرت معها تأكيدا قويا على سهولة الوصول إلى منهاج التربية العامة للطلبة ذوي الإعاقات (Hoover & Patton, 2004; Pierangelo & Giuliani, 2006; Thurlow & Quenemoen, 2011; Zigmond, 2007)، وغالبا ما يختلف منهاج الطلبة ذوي الإعاقات عن منهاج التربية العامة، والإخفاق في تعليم الطلبة ذوي الإعاقة للأشياء التي يتم تعليمها في التربية العامة تتم ترجمته بأن التوقعات من هؤلاء الطلبة كانت أقل، مما ترتب عليه تدني تحصيلهم وإخفاقهم في الانتقال بنجاح إلى مرحلة البلوغ.

من المعروف بأن حركة الإصلاح المبني على المعايير زادت الخلافات: ما ذا ينبغي أن يكون المنهاج؟ ماذا تنبغي أن تكون المعايير؟ من ينبغي عليه وضع المعايير؟ ما الذي يترتب على الطلبة والمدارس والولايات إن لم يتم تلبية المعايير؟ ما الذي ينبغي التسليم به في الموسيقى والفنون والشعر، والتربية

الجسدية، وغيرها من المجالات للتأكد من التقدم على الاختبارات المعيارية في مجالات المنهاج للقراءة والرياضيات؟

بالنسبة للطلبة ذوي الإعاقات تبرز أسئلة إضافية: هل ينبغي أن تطبق كل المعايير على كافة الطلبة، بغض النظر عن الإعاقة؟ تحت أي الظروف تكون المعايير البديلة ملائمة؟ تحت أي الظروف لابد من عمل التعديلات الخاصة في تقييم التقدم باتجاه المعايير؟ تتطلب إجابة أسئلة كهذه حكما متخصصا لكل حالة على حدى، وهذه الأحكام هي متطلبات من القانون (Batemman, 2007, 2011; Huefner,2006; Johns,2003; Kauffman & Hallahan, 2005a; Yell, 2006)، علاوة على ذلك، فإن توقع حصول الطلبة ذوي الإعاقات على علامة شبيهة في المعدل كالطلبة من غير ذوي الإعاقة هو توقع مستحيل (Kauffman, 2004; Kauffman & Konold, 2007; Kauffman& Wiley, 2004).

حاليا، يمر قانون التربية الأساسية والثانوية Elementary and Secondary Education Act (ESEA) بمرحلة التعديل، وسيكون له اسم جديد، وسيكون قانون No Child Left Behind (NCLB) اسما من الماضي.

وبالعودة لإعادة تعديل قانون ESEA والذي سيتضمن تعديلات قانون الـ IDEA، وسيركز كلا القانونين على التقييم المبني على المعايير، والمسؤولية، والوصول لمنهاج التربية العامة للطلبة ذوي الإعاقات.

قضايا التقييم في عصر المساءلة:
Assessment Issues in the Age of Accountability

لقد تمت مناقشة أهداف القوانين مسبقا (NCLB and IDEA1997,2004)، والتي تمثلت بتطوير تعليم الطلبة ذوي الإعاقات للتأكيد على شمول هؤلاء الطلبة في تقييم متطلبات التقدم التربوية لكافة الطلبة، وعلى الرغم من أن التقييم كان دائما عاملا مهماً في التربية الخاصة، إلا أن الأضواء سلطت عليه في عصر الإصلاح المبني على المعايير، ويتطلب قانون NCLB بأن يتم تسجيل معدل العلامات للمجموعات الفرعية من الطلبة وبأن تظهر كافة المجموعات بما فيها مجموعات الطلبة ذوي الإعاقات تقدما.

إن التقييم الذي يتوقع مشاركة الطلبة ذوي الإعاقات فيه لإجراء المقارنات هو قياس للمخرجات يتم أخذه بعين الإعتبار.

قياسات المخرجات: تختلف قياسات المخرجات من قياسات مراقبة التقدم والكشف الموصوفة مسبقا في محتوى الاستجابة للتدخل، ويستخدم المعلمون الكشف وقياسات التقدم في التعرف إلى الطلبة الذين قد يكونون معرضين لخطر الإعاقة ولتقديم معلومات مستمرة للمساعدة في تخطيط البرامج وإدارة هذه القياسات على نحو نموذجي وفي الأوضاع الجماعية، إن قياسات المخرجات تقارن أداء الطالب مع غيره من الطلبة، أو تقارن أداء الولاية أو المقاطعة مع غيرها من الولايات أو المقاطعات.

تعديلات الاختبار: بعض الطلبة ذوي الإعاقات الذين يتم دمجهم في مقاييس التحصيل المعيارية يتم ترشيحهم لتلقي التعديلات على الاختبار، إن تعديلات الاختبار هي طرق تُؤكد على الوصول إلى اختبارات عادلة للطلبة ذوي الإعاقة (Thurlow,2010)، وعلى الرغم من أن تعديلات الاختبار قد تتضمن اختيار الإجراءات الإدارية أو صيغة الاختبار، إلا أن التركيبة التي يتم قياسها لا تتغير (Lazurus, Thurlow, Lail, & Christense,2009)

قد تتضمن التعديلات على إجراءات التقييم التعديل على الأماكن، أو صيغة التقديم، أو صيغة الاستجابة، كما أن طبيعة التعديلات تُبنى على الحاجة الخاصة للطالب، ويتم وضع أو جدولة التعديلات على مكان أو وقت التقييم، كتوجيه المجموعات الصغيرة، وتمديد الوقت، وتُعدل تعديلات التقديم طريقة تقديم الاختبار للطالب، مثل توجيهات القراءة الجهرية، وتُعدل تعديلات الاستجابة الطريقة التي يُجيب الطلبة فيها على أسئلة التقييم، مثل الإستجابات اللفظية أو المطبوعة.

هل يمكننا حل معضلة المعايير والإعاقة؟ يعد البعض أنه من القسوة على كل من الطلبة والمعلمين أن يتم تكليف كافة الطلبة ذوي الإعاقات وأولئك الذين لا تُناسبهم الاختبارات لأسباب أخرى، بأخذ الاختبارات الولاية (Kauffman, 2002,2004; Kauffman & Konold,2007; Kauffman & Wiley,2004)، على أية حال، فإن الاختبار لتحديد المخرجات أمر ضروري إن كنا نرغب في معرفة ما إذا كانت برامج الطلبة ذوي الإعاقات "تعمل" (Kauffman & Konold,2007). إن للإختبارات المعيارية موقع شرعي في تقييم المخرجات، وتشويه سمعة الاختبارات نفسها وهو أمر غير مساعد. على أية حال، من المهم أن نُدرك بأن "الاختبار عملي فقط إن كنت تتمكن من عمل مقارنات صحيحة للأسباب الصحيحة" (Kauffman, 2002, p.240)، وحين تحضر التربية الخاصة من الخاطئ مقارنة مخرجات الطلبة ذوي الإعاقات بمخرجات الطلبة من غير ذوي الإعاقة، والصحيح هو مقارنة تباين الطلبة ذوي الإعاقات الذين يتلقون التربية الخاصة (أو العلاج الممنوح فقط)، مع أولئك الذين لا يتلقونها، أو مقارنة الطلبة ذوي الإعاقات قبل وبعد تلقيهم التربية الخاصة (Kauffman, 2004; Kauffman & Hallahan, 2005a).

الأفكار الختامية المتعلقة بالتربية الخاصة:

Concluding Thoughts Regarding Special Education

نتفهم الطبيعة الجدلية للتربية الخاصة، فهناك العديد من الأسئلة التي ليس لها إجابة تُواجه ميداننا، والتي يبدو بأنه كلما وجدنا إسجابات صحيحة عليها فإن هناك أسئة أخرى أكثر تحديا تبرز على السطح.

سيكون من السهل إظهار عدم المقدرة على الوصول إلى الأفكار النهائية مما يعكس فوضى المجال. ونحن لا نتفق مع ذلك، فهذه المجموعة الثابتة من الأسئلة هي علامة على الصحة والقوة، وبالإضافة إلى أن التربية الخاصة مبنية على الفهم العلمي، وليس على فلسفة أو على مجرد تكهنات، وبعيدا عن البحث وتقديم إجابات نهائية، يزدهر العلم على جدل غير معروف، وهناك قواعد للتحقق تتمثل بأن

العلوم هي كل ما يتعلق باختبار المعلومات الأكثر موثوقية (Kauffman & Sasso, 2006a, 2006b; Mostert, Kavale, & Kauffman, 2008; Sasso, 2001, 2007).

الطبيعة الجدلية للتربية الخاصة تجعلها أكثر إثارة وتحديا، سنكون قلقين (ونُدركُ بالأشخاص ذوي الإعاقات وأسرهم سيكونوا قلقين أيضا) إن اتفق المختصون في التربية الخاصة على نحو تام على كافة القضايا المهمة في الميدان، ولابد أن نسعى باستمرار للوصول إلى أفضل الطرق في تقديم التربية والخدمات ذات العلاقة للطلبة ذوي الإعاقات استنادا إلى أفضل الأدلة التي يُمكنُ الحصول عليها (Lloyd& Hallahn,2007). وفي هذه المساعي، الإختلاف في الرأي أمرٌ لا مفر منه.

ملخص الفصل (SUMMARY):

كيف يتم تقييم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة والتعرف عليهم لتلقي خدمات التربية الخاصة؟

فريق ما قبل الإحالة لديه تاريخ طويل في عملية تحديد الهوية في التربية الخاصة.

الاستجابة للتدخل تعود لاستجابة التربية الخاصة للتعليم العلمي المبني على نتائج الأبحاث.

على الرغم من أن الاستجابة للتدخل اقترحت كطريقة للتعرف إلى الطلبة ذوي الصعوبات التعلمية، يتساءل البعض حول فائدتها كأدوات تعرف.

كيف يُطبق هدف التربية الخاصة في التربية الفردية مع الطلبة ذوي الحاجات الخاصة؟

إن الإهتمام الرئيس في قانون (IDEA) هو أن كل طفل من ذوي الحاجات الخاصة يُمكن أن يتلقى تربية عامة ملائمة مجانية (FAPE).

إن البرنامج التربوي الفردي هو محاولة للتأكيد على برنامج تمت كتابته لكل طفل من ذوي الحاجات الخاصة، وبأن:

حاجات الطلبة قد تم تقييمها بعناية.

فريق المختصين والآباء والأمهات قد عملوا معا لتصميم البرنامج التربوي ليُلبي حاجات الطلبة على نحو أفضل.

الأهداف العامة والخاصة تمت صياغتها بوضوح حتى يسهل تقييم التقدم في الوصول إليها.

البرامج التربوية الخاصة للطلبة ذوي الحاجات الخاصة لابد أن تكون قانونيا خططا انتقالية دامجة من سن السادسة عشر على أقل تقدير.

التدخل المبكر هو تكليف قانوني، وحجر الزاوية للتدخل المبكر هي خطة الخدمات الأسرية الفردية (IFSP).

كيف يتم تقديم التربية الخاصة؟

تتفاوت التربية الخاصة من بنود خاصة قليلة يُجريها معلمو التربية العامة إلى مراكز الرعاية في أوضاع الإقامة الدائمة لمدة 24 ساعة بتسهيلات خاصة، وتعتمد الخطة المختارة على عاملين رئيسيين:

كيفية ومدى اختلاف الطلبة عن الطلبة الآخرين.

ما هي المصادر المتاحة في المدرسة والمجتمع.

تتضمن خيارات البدائل التربوية المختلفة التركيبات الآتية:

بديل التربية العامة مع إجراء المعلمين للتعديلات.

التربية العامة مع استشارة معلم التربية الخاصة.

الخدمات المتنقلة من قبل الإختصاصي.

خدمات غرف المصادر.

صف الاحتواء الذاتي الخاص.

مدرسة التربية الخاصة.

التعليم في المستشفى أو المنزل.

مدارس الإقامة الدائمة.

نادى القانون الفدرالي (IDEA) بالإحلال في أقل البيئات تقييدا (LRE) والتي تتلاءهم مع حاجات الطلبة.

ما هي الممارسات الحالية لدمج الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس؟

تتضمن القضايا الأساسية الدمج الشامل، والتعاون مع التربية العامة، والاستجابة للمعالجة، والمشاركة في تقييم التقدم التربوي، والتدخل المبكر، والانتقال، والانضباط.

ما هي الخلافات المتعلقة بالدمج الشامل؟

الدمج الشامل هو أمر جدلي للغاية، وهو مبني على أربعة افتراضات:

وصم الأشخاص هو أمر مؤذ.

برامج التربية الخاصة التي تسحب الطلبة لم تكن فعالة.

لابد أن يُبرز الأشخاص ذوو الإعاقات كمجموعة أقلية.

لابد أن تُقدم الأخلاقيات على التجارب.

إن المعارضون للدمج الشامل وضعوا الحجج الآتية:

إن المختصين والآباء والأمهات راضون على نحو كبير بمستوى الدمج الحالي.

المعلمون العامون لا يرغبون و/ أو لا يتمكنون من تحمل كافة الطلبة ذوي الحاجات الخاصة.

على الرغم من مساواة الإعاقات مع وضع مجموعات الأقليات بطرق قانونية متعددة، إلا أن هناك محددات في ترجمتها إلى توصيات للبرمجة التربوية.

إن الإحجام عن الإستناد إلى الأدلة التجريبية يُعد مهنيا لا مبالاة.

إن الأدلة التجريبية المتوافرة لا تدعم الدمج الشامل.

في غياب المعلومات اللازمة لدعم أحد نماذج تلقي الخدمات، لابد من المحافظة على متصل (سلسلة البدائل.

ما هي الممارسات الحالية للتعاون مع التربية العامة؟

التعاون مع التربية العامة يعني أن معلمي التربية الخاصة والتربية العامة يعملون معا في تنسيق بعض الأمور مثل فرق ما قبل الإحالة والاستشارة والتعليم التعاوني.

بعض المعلمين يتساءلون حول فاعلية أشكال التعاون الشائعة مثل التعليم التعاوني ويوصون بمشاركة معلمي التربية الخاصة في تدريب معلمي التربية العامة للمساعدة في إجراء التعديلات لمدى واسع من الطلبة أو في التعليم الحقيقي للطلبة ذوي الإعاقات.

ما هي استراتيجيات دمج الأشخاص ذوي الحاجات الخاصة في المجتمع الأوسع؟

غالبية الاتجاهات والقضايا تتضمن التطبيع، ومناهضة الإقامة الدائمة، تحديد المصير، والتصميم العالمي، واستخدام التكنولوجيا الحديثة.

ما هي اتجاهات وقضايا النموذج العالمي؟

يعود النموذج العالمي إلى المبدأ الذي لابد أن تكون فيها الأداة أو البرنامج عمليا لما أمكن من المستخدمين الكفؤين كلما كان ذلك ممكنا.

على الرغم من أن الأدوات والبرامج قد تكون مصممة لمدى واسع من المستخدمين، إلا أن القليل منها يُمكن أن يُصنع على نحو عملي والتصاميم التي تكون حسب الطلب تبقى دائما ضرورية لبعض المستخدمين.

ما هي الاستراتيجيات الحالية في استخدام التكنولوجيا؟

التقنيات الرئيسة التي تُعتبر جدلية بالنسبة للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة تتضمن التقدم الطبي والاستنساخ البشري والتواصل.

هناك جدل حول ما إذا كان علينا عمل شيء فقط لأننا نستطيع ذلك.

ما هي القضايا المتعلقة بالتربية الخاصة في محتوى الإصلاح المبني على المعايير؟

يتطلب كل من IDEA وNCLB مشاركة غالبية الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في التقييمات العامة للتقدم التربوي.

المقترحون للمشاركة يرون بأن التربية الخاصة تتحمل مسؤولية تقدم الطلبة.

يُشير بعض المعلمين إلى أنه حتى مع التعليم الجيد فإن معدل تحصيل الطلبة ذوي الحاجات الخاصة سينخفض دائما عن معدل تحصيل الطلبة من غير ذوي الحاجات الخاصة.

ما هي الأفكار الاستنتاجية حول الممارسات الحالية في التربية الخاصة؟

نُؤمن بأن الجدلية تُشير إلى أن ميدان التربية الخاصة لا يزال جيدا وعلى قيد الحياة.

لابد أن نسعى باستمرار لتطوير وتحسين التربية الخاصة.

الفصل

14

الآباء والأمهات والأسر

Parents and Families

د. سهى عبد الرحيم طبّال

غالبا ما يُطلب مني وصف خبرتي في تطوير مهارات طفل من ذوي الإعاقة - كي أساعد الناس الذين لم يسبق لهم أن شاركوا هذه الخبرة الفريدة على فهمها، وعلى تخيل كيف يُمكن أن يشعروا إزاءها، إنها كما يأتي.....

حين تتوقع ولادة الرضيع فأنت كمن يُحضرُ لإجازة رائعة - إلى إيطاليا... فتشتري حُزمة من الكُتب التوجيهية، وتصنع خططك المذهلة لزيارة المدرج، ومايكل أنجلو ديفيد، والجندول في فينيسيا، وقد تتعلم بعض الجمل العملية باللغة الإيطالية، وجميع ذلك يعد مُمتع جدا بالنسبة لك.

وبعد اشهر من تلك التوقعات الحماسية، وصلت إلى اليوم المعهود. فجهزت حقائبك وخرجت إلى المطار، وبعد ساعات عدة، هبطت الطائرة، وتوجهت المضيفة نحوك قائلة "مرحبا بك في هولندا"

قلت " هولندا؟!؟" ماذا تعنين بهولندا؟؟ لقد حجزت للذهاب إلى إيطاليا! من المتوقع أن اكون الآن في إيطاليا، لقد حلمت طوال عمري بالذهاب إلى إيطاليا"

ولكن كان هناك تغيير في خطة الرحلة، فاضطررنا للهبوط في هولندا وهنا ينبغي أن تبقي.

الشي، المهم أنهم لم يأخذوك إلى مكان فظيع، ومُقرف، وقذر، ومليئ بالأوبئة والأمراض، إنه فقط مكان مُختلف.

لذا لابد أن تخرجي وتشتري كُتبا توجيهية جديدة، ولابد ان تتعلمي لغة جديدة كليا، وسوف تلتقي بمجموعة جديدة كليا من الناس الذين لم تجتمعي معهم من قبل.

هو فقط مكانٌ مُختلف، قد يكون ابطأ إيقاعا واقل خطفا للأبصار من إيطاليا، إلا أنه وبعد ان تبقي فيه لفترة بسيطة، ستنظري حولك... وستبدئي بالحديث عن طواحين وزنابق هولندا.

قد يكون كل من تعرفهم مشغولون بالذهاب والعودة من إيطاليا... وجميعهم يتفاخرون بالوقت الرائع الذي امضوه هناك، مما جعلك تمضي حياتك مُعلقا على ذلك بالقول: " نعم، هذا هو المكان الذي كان من المفترض أن اذهب إليه، وهذا ما خططت له"

إن الم ذلك لن يذهب ابدا ابدا.. لأن فقدان الأحلام هو فقدان مُؤثرٌ للغاية.

ولكن.. إن إمضيت حياتك في الحداد على حقيقة أنك لم تذهب إلى إيطاليا، قد لا تتمتع بالأشياء المُحببة والخاصة المتعلقة بهولندا

Emily Perl Kingsley (مرحبا بكم في هولندا).

يتوقع بعد قراءتك لهذا الفصل أن تعرف الإجابة عن التساؤلات الآتية:

ما هي وجهات نظر المُختصين في التغير لدى الآباء والأُمهات؟

ما هي آثار وجود الطفل ذي الإعاقة على أُسرته؟

ما هي أفضل الطرق لتفعيل مُشاركة الأسر في العلاج والتعليم؟

الاعتقاد الخاطئ: لابد أن يُركز المُختصون جهودهم التدخلية على الآباء والأمهات فقط، وخاصة أُمهات الأطفال ذوي الإعاقة.

الاعتقاد الصحيح: يُؤمن المُختصون في الوقت الحالي بضرورة شمول أفراد الأُسرة (بما فيها الأُسرة المُمتدة) والأصدقاء في برامج التدخل الخاصة بالأطفال ذوي الإعاقة.

الاعتقاد الخاطئ: يُلام الآباء والأمهات على العديد من المشكلات الخاصة بأطفالهم ذوي الإعاقة

الاعتقاد الصحيح: يُمكن أن يُؤثر الآباء والأُمهات في سلوك أطفالهم، كما يمكن أن يُؤثر الأطفال أيضا في الطريقة التي يتصرف بها الآباء والأُمهات، فالدراسات تُؤكد بأن بعض الأطفال ذوي الإعاقات يُولدون بمزاج صعب قد يُؤثر في سلوكات آبائهم وأُمهاتهم نحوهم.

الاعتقاد الخاطئ: لا بُد أن يمر الآباء والأُمهات بسلسلة من ردود الفعل الانفعالية- الصدمة والارتباك والحرمان والقلق والحزن والخوف والغضب-قبل أن يتكيفوا مع ولادة الطفل ذي الإعاقة.

الاعتقاد الصحيح: لا يمر الآباء والأُمهات بردود الفعل الانفعالية وفق تسلسل مُحدد، فقد يمروا ببعض أو كل هذه الانفعالات ولكن من غير الضروري أن يكون ذلك وفق نظام خاص.

الاعتقاد الخاطئ: يتنقل غالبية آباء وأُمهات الرُضع ذوي الإعاقة من طبيب إلى آخر، "يتسوقون" للحصول على تشخيص مُتفائل.

الاعتقاد الخاطئ: الأب غير مهم في تطور الطفل ذي الإعاقة.

الاعتقاد الصحيح: على الرغم من وجود تجاهل مُتكرر من قبل الباحثين لدور الآباء وعلى الرغم من أنهم يُظهرون على نحو عام ضغوطا أقل من الأمهات، يُمكن أن يلعب الآباء دورا حيويا في ديناميكية الأُسر.

الاعتقاد الخاطئ: يُواجه آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة حياة ملؤها التوتر والبؤس.

الاعتقاد الصحيح: يُواجه بعض آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة مُستويات مُرتفعة من الارتباك والضغط، ومع الوقت يتعلم الكثير منهم التغلب عليها، ويجد بعضهم فوائد إيجابية غير مُتوقعة لولادة طفل من ذوي إعاقة.

الاعتقاد الخاطئ: لا يتأثر الأبناء عادة في ولادة طفل من ذوي الإعاقة إلى الأُسرة.

الاعتقاد الصحيح: غالبا ما يُواجه الأبناء نفس ردود الفعل الانفعالية التي يُواجهها الآباء، إلا أن مُستوى نُضجهم البسيط يجعل التغلب على هذه الانفعالات أكثر صعوبة.

الاعتقاد الخاطئ: لابد أن يكون الدور الأساسي لأخصائي التدخل المُبكر تقديم خبرته للأُسرة

الاعتقاد الصحيح: تتفق العديد من السلطات على أهمية مُساعدة المُختصين للآباء والأُمهات كي يكونوا أكثر مُشاركة في صنع قراراتهم الأُسرية.

الاعتقاد الخاطئ: الأسرة المثالية في الولايات المتحدة الأمريكية والتي تضم كلا الأبوين هي الأسر مُتوسطة الدخل التي يعمل فيها أحد الأبوين خارج المنزل.

الاعتقاد الصحيح: تختلف التركيبة السكانية بسرعة، ويعمل كلا الأبوين خارج المنزل في العديد من الأسر، وعدد الأُسر أُحادية الوالد والأسر التي تعيش الفقر في ازدياد.

الاعتقاد الخاطئ: الآباء والأُمهات الذين يختارون عدم المُشاركة بفاعلية في تعليم وعلاج أطفالهم هم آباء وأمهات مُهملون

الاعتقاد الصحيح: على الرغم من رغبة الآباء والأمهات في المُشاركة، إلا أنه يصعب عليهم في بعض الأحيان أن يقوموا بذلك بسبب التزاماتهم الأسرية الأُخرى (مثال: العمل والعناية بالطفل).

الاعتقاد الخاطئ: يحتل المُختصون دائما الموقع الأفضل لمُساعدة أسر الأشخاص ذوي الإعاقة

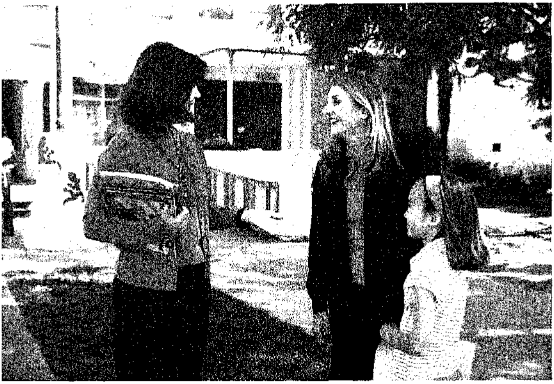
الاعتقاد الصحيح: إن المصادر غير رسمية للدعم مثل الأُسر المُمتدة والأصدقاء غالبا ما تكون أكثر تأثيراً في مُساعدة الأُسر على التكيف مع عُضو أُسرتهم ذي الإعاقة من المصادر الرسمية كالمُختصين والمُؤسسات.

الاعتقاد الخاطئ: لابد أن يحترم المُعلمون خصوصية الأُسر ويتواصلون معهم عند الضرورة فقط -مثال: حين يُظهر طفلهم مُشكلات سُلوكية حقيقية.

الاعتقاد الصحيح: لابد أن يستهل المُعلمون ببعض أنواع التواصل مع الآباء والأُمهات بالسرعة المُمكنة، فإذا ما حدثت مُشكلة (كالخلل الحقيقي في السلوك)، يكون الوئام مع الآباء والأمهات قد أُسس له مُسبقا.

ولادة طفل من ذوي الإعاقة قد تُؤثر تأثيرا شديدا جدا في الأسرة، إلا أن حقيقة الآثار ليست مُؤكدة دائما، فردود أفعال أفراد الأُسرة نحو الفرد ذي الإعاقة يُمكن أن تُدير الدولاب من الرفض الحقيقي إلى التقبل التام، ومن الغضب الشديد إلى الحب الشديد، ومن الإهمال التام إلى الحماية الزائدة، ولكن الأكثر أهمية، هو أن الطفل ذي الإعاقة لا يُهدد الحالة الأُسرية دائما، إذ يُؤكد بعض الآباء والأمهات والأشقاء بأن وجود فرد من ذوي الإعاقة داخل الأسرة متن الروابط الأسرية فيها.

نستكشف في هذا الفصل ديناميكيات أُسر الأطفال ذوي الإعاقة ونبحث المُشاركة الوالدية في علاجهم وتعليمهم، وسنُقدم في البداية المنظور التاريخي لدور أسر وآباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة.



الفلسفة السائدة الآن تتمثل في أهمية أن يبحث المُختصون عن الرؤى الخاصة التي يُمكن أن يقدمها أولياء الأمور كلما كان مُمكنا بحكم أنهم من يعيشون مع أطفالهم

التغير في وجهات نظر المُختصين حول الآباءِ والأُمهات والأُسر:

Professionals' Changing Views Of Parents And Families

اليوم، أصبح المهنيون المُطلعون الذين يعملون مع المُتعلمين الاستثنائيين أكثر وعيا بأهمية الأُسرة، والأهم من ذلك هو إدراك غالبيتهم لأهمية الأُسر -وليس الوالدين فحسب- في نجاح مُخرجات الأفراد ذوي الإعاقة، وتشير احدى فرق المُدافعة (كسب التأييد) الخاصة بالتدخل الأسري إلى أنه:

وحتى يُطور التدخل المبكر النهج المُرتكز على الأُسرة، يُركز الجميع تقريبا على الوالدين والأُسر.. ويُؤكد صانعوا السياسات والمُختصين في الوقت الحاضر بأن الشراكة لابد أن لا تنحصر بالوالدين فقط (وخاصة الأمهات)، فهي من المُمكن بل لابد أن تتضمن الشراكة بين المُختصين وأفراد الأسرة الآخرين، مثل الآباء، والأجداد، والأخوة والأخوات، وحتى أصدقاء الأُسرة المُقربين، فكلُّ شخص من هؤلاء يستطيع أن يدعم ويُطور المُخرجات التعليمية للطلبة ذوي الحاجات الخاصة (Turnbull, Turnbull, Erwin, & Soodak,2006).

على الرغم من أن المُعلمين يُميزون في الوقت الحالي الدور الحيوي للآباء والأُمهات والأُسر في البرامج العلاجية والتعليمية للأفراد ذوي الإعاقة، إلا أن هذا الأمر لا يتم دائما، إذ يستعرض المُختصون وجهات نظرهم حول تغير دور الوالدين على نحو كبير، ففي الماضي ليس البعيد، كان بعض المُختصين يعدون الآباء والأمهات سببا رئيساً لمُشكلات الأطفال أو يلومونهم حين تكون المُمارسات

التدخلية غير فعالة، ولسببين على الأقل، يُؤمن المُعلمون في الوقت الحالي بأن تحميل المسؤولية للوالدين في مشكلات الأطفال هو أمر غير مُلائم.

السبب الأول هو ما أشارت إليه الدراسات إلى أن الاتجاهات السببية بين سلوك الطفل والبالغ هو طريق ذو اتجاهين (Bell& Harper,1977; Bellefontaine, Hastings, Parker, & Forman, 2006; Mangelsdorf& Schoppe-Sullivan,2007)، فقد يُغير الوالدان سلوك الطفل أو الرضيع، ولكن أحيانا يكون العكس صحيحا، فالدراسات التي أُجريت لسنوات عدة أكدت بأن سلوكات الأشخاص من مُختلف الإعاقات الذين تتراوح أعمارهم ما بين الرضاعة والبلوغ يمكن أن تؤثر على سلوك آبائهم وأمهاتهم نحوهم (BrooksGunn& Lewis,1984; Mahoney & Robenalt,1986; Orsmond, Seltzer, Greenberg, &Krauss,2006; Slonims& McConachie,2006; Smith, Greenberg, Seltzer, & Hong,2008)، فمثلا، قد لا يستجيب بعض الرضع ذوي الإعاقة إلى استثارة مُقدم الرعاية، فيكون التفاعل معهم أكثر صعوبة، وعند فهم الطبيعة التبادلية لتفاعل الوالدين-الطفل، نتعاطف على الأرجح مع إحباط الأم لمُحاولات عناق الرضيع ذي الإعاقات التطورية الشديدة، أو الأب الغاضب لمحاولات التواصل مع المُراهق الذي لديه اضطرابات انفعالية أو سلوكية.

السبب الثاني هو ما توصل إليه الباحثون بأن العديد من آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة بارعون في تعديل تفاعلاتهم مع أطفالهم بهدف زيادة التطور الإيجابي (Guralnick, Neville, Hammond, & Connor,2008; L.E. Smith et al.,2008)، إذ أن غريزة الأمومة والأُبوة تُعزز المُخرجات الإيجابية للأطفال ذوي الإعاقة، وعلى الرغم من اعتياد العديد من الباحثين على التفكير بأن الوالدين يحتاجون للتدريب حتى يُحدثوا أثرا إيجابيا على أطفالهم، فإن الفلسفة السائدة اليوم تُشير إلى أنه كلما كان ممكنا لابد أن يبحث المُختصون أيضا عن الرؤى الخاصة التي يُمكن أن يُقدمها الآباء والأمهات، إضافة إلى ذلك، فإن السلطات اليوم تُقلل من الحديث عن التدخل المبكر كبرامج تهدف إلى تدريب الآباء والأمهات لتولي دور شبه المُعالج أو شبه المُعلم (Berry & Hardman,1998)، وبدلا من ذلك يُؤمن العديد من المختصين في الوقت الحالي بأن الهدف من التدخل المبكر لابد أن يكون تطوير العلاقة الطبيعية بين الوالدين والطفل والمحافظة عليها كلما كان ذلك مُمكنا. والحصيلة، علاقة صحية بين الوالدين والطفل ومفيدة بطبيعتها.

وإيمانا بأهمية دور الأسرة أقر الكونغرس عدة قوانين فيديرالية تنص على ضرورة أن تبذل المدارس جهودها المتضافرة لضمان مُشاركة الوالدين والأُسر في تعليم أطفالهم ذوي الإعاقات.

ويوصي القانون الحالي بأن المدارس تحاول دمج الوالدين في صياغة البرامج التربوية الفردية Individualized Education Programs (IEPs) (راجع الفصل الأول)، وفي حالة الرضع وأطفال الحضانة من الميلاد وحتى سن الثانية، لابد أن تدمج المدارس أيضا الأُسر في تطوير خطة الخدمات الأسرية الفردية Individualized Family Service Plans (IFSP)، والتي ترتكز على الأُسرة، ولا تُحدد فقط عناوين ما يحتاجه كل طفل من ذوي الإعاقة، إلا أنها تُركز على أسرة الطفل بتخصيص الخدمات التي تحتاجها الأُسرة لتطوير مهارات الطفل.

الجدول 14.1 أهمية الأسر للمعلمين والمعلمين للأسر

الأسر...

- تزويدُ المعلمين بالمعلومات الشخصية التي من شأنها أن تفسر سبب حدوث سلوكات مُحددة للطالب داخل الغرفة الصفية.
- تقديم المعلومات الأولية والتاريخ الطبي للمعلمين وللمدرسة والتي من شأنها أن تُساعد المعلمين على تفهم سبب تصرف الطالب أو تعلمه بطرق مُحددة.
- تعزيز التوجيهات التي يمنحها المعلمون للطلبة، خاصة في المهام المنزلية.
- دعم المعلمين من خلال المساعدة أو التطوع داخل الغرفة الصفية.
- مساعدة المعلمين في تحديد تفضيلات الطلبة على نحو يمكن الآباء والأمهات والمعلمين من تأسيس تعليم بعيد المدى أو أهداف وظيفية.
- إعلام المعلمين بالإستراتيجيات التعلمية الفعالة مع أطفالهم.
- مُساعدة المعلمين على تحديد نقاط قوة كل طفل واحتياجاته مما يمكن المعلمين من تطوير أهداف تعليمية مُلائمة.

المعلمون...

- تزويد الأسر بأدلة مُوثقة حول تقدم ونجاح أطفالهم.
- مُساعدة الأسر كي تصبح أكثر نشاطا ومُشاركة في تعليم أطفالهم.
- مُساعدة الأسر على تحديد التوقعات غير الملائمة من الأطفال مما يمكن الآباء والأمهات من تأسيس أهداف مُلائمة بعيدة المدى.
- تعليم وتشجيع المهارات الاجتماعية التي يحتاجها الأطفال حتى ينجحوا ويسهموا كأعضاء في مجتمعاتهم التي يعيشون فيها مع أسرهم.
- تزويد الأسر بالمعلومات التعليمية والمجتمعية لمساعدتهم على معرفة الفرص المتاحة لأطفالهم.
- تقديم يد العون والأذن الداعمة والوجه الودود لجميع الأسر المخدومة

المرجع:

O'shea, D.J., & O'Shea, L.J.(2001). Why Learn about Students' Families? in D.J.O'Shea, L.J.O'Shea, R.Algozzine, D.J.Hammitte(Eds.); Families and Teachers of Individuals with Disabilities: Collaborative Orientations and Responsive Practices(pp. 5-24). Austin: Pro-Ed, Inc.
Copyright 2001. Adapted by permission of Pro-Ed, Inc.

الحقيقة هي أن بين الآباء والأمهات والمعلمين علاقة تعايشية، فكل مجموعة يمكن أن تستفيد جدا من الأُخرى (أنظر الجدول 14.1)

تأثر الطفل ذي الإعاقة على الأسرة:

The Effects of a Child with a Disability on the Family

إن ولادة أي طفل لها أثر مهم على ديناميكية الأسرة، ولابد أن يمر الوالدين وبقية الأطفال بتغيرات مُتنوعة للتكيف مع وجود عضو جديد، إن الأثر في الأُسرة لولادة طفل من ذوي الإعاقة قد يكون أيضا أكثر شدة.

بديهيا، يتعرقل الروتين اليومي الخاص بغالبية الأسر الذين يُرزقون بطفل من ذوي الإعاقة، (Ke-ogh, Ganier, Bernheimer, & Gallimore,2000; Stoneman & Gavidia-Payne,2006)، فقد يحتاج الطفل ذو الإعاقة إلى تعديلات في المنزل (مثال: قد تقرر الأُسرة الانتقال للسكن في منزل أقرب للمُعالجين)، وجداول المهام المنزلية (مثال: قد لا تُنفذُ الأعمال الروتينية بالسرعة الاعتيادية التي عادة ما تُنفذ بها بسبب ضيق الوقت)، وحتى أهداف الآباء والأمهات الوظيفية قد تتغير (مثال: توصلت إحدى الدراسات المسحية الخاصة بأُسر الأطفال ذوي الإعاقة إلى أن ما يزيد عن نصفهم أشاروا إلى أن فردا أو أكثر من أفراد الأسرة عدلوا ساعات عملهم، أو عملوا لساعات أقل، أو غيروا أعمالهم، أو تركوا أعمالهم بسبب ولادة الطفل ذي الإعاقة (Anderson, Larson, Lakin, & Kwak,2002)، ومن المهم أن نشير إلى أن الطفل ذي الإعاقة يمكن أن يُؤثر في والديه وأشقائه بطرق مُختلفة.

إن لولادة أي طفل أثر شديد جدا على أسرته، وحين يكون الطفل من ذوي الإعاقة، يكون الأثر أكبر من ذلك

ردود فعل الوالدين Parents' Reactions:

نهج النظرية المرحلية A STAGE THEORY APPROACH:

يرى الباحثون والأطباء بأن الآباء والأُمهات يمرون بسلسلة من المراحل بعد أن يعلموا بولادة طفلهم ذي الإعاقة، بعض هذه المراحل تتوازى مع سلسلة الاستجابات المُقترحة والتي تُرافق ردود فعل الشخص لوفاة شخص يُحبه، واستنادا إلى المقابلات التي تم إجراؤها مع آباء وأمهات الرُضع ذوي الإعاقات الحركية، تتضمن قائمة المراحل الصدمة، والارتباك، والإنكار والحزن، والقلق، والخوف، والغضب، وأخيرا التكيف (Drotar, Baskiewicz, Irvin, Kennell, &Klaus,1975).

تتساءل العديد من السُلطات عن مدى مرونة نهج المراحل في فهم ردود فعل الآباء والأمهات، ويأتي الجدل الدائر حول هذا النموذج الصارم من حقيقة أن العديد من الآباء أفادوا بأنهم لم يمروا

بمرحلة الإنكار، كما أن الواقع يُشير إلى أنهم غالبا ما يكونوا أول من يشك بوجود المُشكلة، كما أن هناك خرافة كبيرة مفادها أن آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة ينتقلون من طبيب إلى طبيب "يتسوقون" للحصول على تشخيص مُناسب، وفي الحقيقة أنهم غالبا ما يُقنعون الطبيب بوجود شيء ما خاطئ لدى أطفالهم.

على الرغم من أن الآباء والأمهات قد لا يمروا بردود الفعل هذه على نحوها الصارم، إلا أن بعضهم يمر ببعض أو كل هذه الانفعالات في وقت ما، وردة الفعل الأكثر شيوعا هي الشعور بالذنب.

دور الشعور بالذنب The Role Of Guilt: غالبا ما يُصارع آباء و أمهات الأطفال ذوي الإعاقة شعوراً بأنهم يتحملون مسؤولية وضع طفلهم، وعلى الرغم من أنه لا يوجد أساس حتمي لتلك المُعتقدات لدى الغالبية العظمى من الحالات، إلا أن الشعور بالذنب يبقى أحد المشاعر الذي أفاد العديد من آباء وأمهات الأطفال الاستثنائيين مرورهم به.

قد يعود ارتفاع نسبة الشعور بالذنب بين الآباء والأمهات إلى حقيقة مفادها أن أسباب العديد من الإعاقات غير معروفة، مما يخلق جوا يجعل الآباء والأمهات -وخصوصا الأمهات- يعتقدون بأنهم المُلامين على ذلك، وتصفُ أمهات الأطفال ذوي الاعتلال البصري أو الاستسقاء الدماغي، أو الإعاقات العقلية، أو الصلب المشقوق، أو الصرع ذلك كما يأتي :(Featherstone,1980)

يواجه الأشخاص ذوي الإعاقة حتما ردود أفعال غير مُلائمة من المُحيطين بهم، ويتحتمُ على الآباء والأمهات مُساعدة أطفالهم للاستجابة لذلك.

> أطفالنا إنجازات مُدهشة، تنموا أجسادهم بداخلنا، وإن نشأت عيوبهم في أرحامنا، نلوم أجسادنا غير المُناسبة أو الظروف غير المُلائمة.... نتقبل المديح المُتعلق بجمال أجساد أبنائنا (وغالبيتنا يقومون بذلك في قلوبهم)، ثم نلقي مسؤولية تحدياتهم الجسدية على أنفسنا.

يُقدم العالم الكثير للمرأة الحامل، يفتح المُحيطين بها الأبواب لها، ويحملون عنها الأشياء الثقيلة، ويُساندونها، ويُزودونها

بالأحذية الطبية المُريحة، ويقدمون لها المشورة، وجميع هذا الانتباه يعود بطريقة ما للاعتقاد بأنها تحمل شيئا جميلا ومميزا، وحين يُولد الطفل ولديه نقص أو عيب، تشعر الأم بأنها لم تفشل هي وزوجها فحسب بل فشل معها العالم المُحيط بها كذلك، وسرعان ما يتولد الشعور بالنقص، وتربط كل أم تقريبا "بعض السمات" بسلوكها الخاص والذي يُعد سببا فيما حدث (pp.73-74).

التعامل مع العامة Dealing With The Public: بالإضافة إلى الغموض المُتعلق بسبب إعاقة الطفل، يُمكن أن يشعر الآباء والأمهات بالضعف تجاه النقد الموجه من الآخرين حول كيفية التعامل مع مُشكلات الطفل.

يشعر آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة أحيانا -سواء كان شعورهم دقيقا أم لا- بأن الآخرين يُدَقِّقون في قراراتهم المُتعلقة بعلاج أطفالهم واختيار المكان المُناسب لتعليمهم، وهلم جرا.

قد يكون العامة أحيانا قاسين في ردود أفعالهم نحو الأشخاص ذوي الإعاقة، وعادة ما يُواجه الأشخاص ذوي الإعاقة - خاصة ذوي الإعاقات التي تسهل مُلاحظتها- ردود أفعال غير مناسبة من أولئك الذين يُحيطون بهم، وعادة ما يجد الآباء والأمهات صعوبة في التعامل مع ردود الأفعال غير المُناسبة أو حتى القاسية التي يواجهونها من العامة، وتوضح الخبرة التالية لإحدى أمهات الأطفال ذوي التوحد ذلك:

ألقيت حقيبتي بخفة تحت المقعد ونظرت بذهن شارد من الشباك إلى المَدرج المُعتم، لأُشاهد سيدة وطفلة في سن العاشرة تقريبا تُكافحان للوصول إلى الطائرة الصغيرة المُزدحمة. كانت الاثنتان تتحركان بطريقة مُزدوجة، وكانت عينا الأم مُرتكزة على مُؤخرة الطيارة، فيما تُمسك يدها بإحكام بيد الطفلة، سيناريو مألوف بالنسبة لي: أم وطفلة من ذوي التوحد تُسافران بالطائرة، يا له من عالم صغير.

بدأت الطفلة بإصدار أصوات جشة عالية، أنين أحيانا، وصُراخٌ أحيانا أُخرى، مما أدى إلى استدارة الناس الذين كانوا يجلسون خلفي في مقاعدهم والنحنحة بغضب.

بدأت أصوات الطفلة بالتصاعد بينما كانت الطائرة تواجه بعض المطبات، فبدأ بقية المُسافرين بالتذمر، أما بالنسبة لي، فهذا الأمر يُشعرني كأنني في البيت..

زادت الضوضاء ، يبدو بأن الطفلة مُنزعجة وغير مرتاحة، هذا على الأقل ما اتضح بالنسبة لي، بدأت بالضغط على أذنيها رُبما لشعورها بالضغط فيهما، تذمر المُسافر الذي يجلس خلفي بصوت عال قائلا: " لماذا لا تُهدئيها؟".

" ما الذي جعلها تحضر إلى الطائرة" همس الآخر، وضحك المُسافرون الذين يجلسون بالقرب منهم ضحكا خافتا.

كل ما تمكنت فعله هو أن أمسك نفسي كي لا أستدير وأقول " كُن سعيدا لأنك لست من تُتابع تلك الطفلة، كن سعيدا لأنك لست ذلك الشخص غير المُريح، لم تحتمل مرور رحلة قصيرة مُدتها 40 دقيقة دون إصدار تعليقات جارحة من أحمق مثلك. ألست مسرورا لأنها ليست طفلتك، لو كان الأمر كذلك لن تتمكن من الخروج من الطائرة وتتركها!" ولكنني اخترت الصمت.

بدأت الطائرة بالهبوط، وستلمس الأرض قريبا، سيخرج الأشخاص الذين يجلسون خلفي من الطائرة ويأخذون حقائبهم ويتوجهون نحو سياراتهم، وربما سيتوقفون لشراء بعض المشروبات قبل أن يعودوا إلى منازلهم، ولن يسألون سوى عن أنفسهم، أما الأم التي كانت تجلس في مُؤخرة الطائرة ستنتظر حتى يخرج جميع الأشخاص الآخرين، لتُحاول النزول بخطوات حذرة من الطائرة لتحمل العديد من الحقائب وتحاول الإمساك في نفس الوقت بيد طفلتها المُتعبة.

بعد أسبوع من الآن لن يتذكر الآخرون تلك الرحلة أو الطفلة التي كانت مصدرا للإزعاج، بينما لن أتمكن أنا من نسيانها (Gerlach,1999, pp. 108-110)

لا ملابس تُغطي كامل الجسد لصوفي

في يوم من الأيام، أحضر لي صديقي كيم رداءين كاملين من المخمل وردي اللون، سبق وأن ارتدتهما بناته، حدقت بهما، وتصورت بناتي بهما... قد يكون قياسهما مناسبا لصوفي، التي ستُكملُ عامها الثاني في الشهر القادم، ولكني لن أُلبسها الملابس التي تُغطي كامل الجسم، إنها واحدة من الأشياء التي عاهدتُ نفسي بأن لا أفعلها. صوفيا لديها مُتلازمة داون، وهي مُتأخرة، صحيح أنني لا أعلمُ مُستوى تأخرها في الوقت الحالي، إلا أنني أعتقد شخصيا بأنها جميلة وذكية..

لكن تبقى الحقيقة بأن صوفيا مُتأخرة، ولدي إيمان قوي بأن الأشخاص المُتأخرين لابد أن لا يلبسوا الملابس التي تُغطي كامل الجسم، فهي لا تبدوا جميلة عليهم، أنا أعلم ما تُفكر به، ربما تقول بأن هذه المرأة ستذهب فورا إلى الجحيم، قد يكون ذلك صحيحا، ولكنني سأتبع إحساسي القوي بالموضة مع نفسي، وكذلك مع أطفالي، وخاصة صوفي.

أنا لازلت غير مُتأكدة 100% بما أشعر به تجاه ارتداء الأشخاص ذوي التأخر الملابس التي تُغطي كامل الجسم... لقد أخبرت زوجي بذلك، فنظر إلي للحظة بتهكم، وقال لي أخيرا "أعتقد أنه جون مالكوفيتش في -من الفئران والرجال Of Mice and Men- كان مُتأخرا وارتدى الملابس التي تُغطي كامل الجسم".

خلال العامين الماضيين، كانت صوفي مُجرد رضيعة، ولكنها كانت ولا زالت أصغر حجما من أقرانها، مما عكس وجود التأخر التطوري لديها، ولكن مُؤخرا، لاحظت أشخاصا ينظرون إليها، واستطعت أن أقرأ فهمهم لوضعها من نظراتهم، كنا في أحد المهرجانات مُؤخرا، وكُنت أدفع عربة صوفي في زحمة الناس، بدأت صوفي بالتلويح بيديها بقوة لكل من تراه، وضحكت ضحكا قويا، وأمضت وقتا عظيما، ولكن لم يكن أحد يرد عليها بالتلويح، فجأة أومضتُ للأمام وتخيلت مرور عقد من الزمان، شاهدت صوفي في الثانية عشرة من العمر تقوم بنفس الشيء في زحمة الناس، وهي لا تزال مُتأخرة، ولدقيقة، لم أشعر شعورا جيدا ودموعي تحرق عيناي، ثم أدركت بأن علي أن أتقبل ذلك، ليس لدي خيار آخر، ولكن ما يُمكنني فعله هو أن أختار ملابس صوفي، لذا وضعت الملابس التي تُغطي كامل الجسد جانبا، وألبستها رداءا زهري اللون مُخططا، وخرجنا، ... إلى مكان ضحكتْ فيه وأرسلت القبلات ولوحت للآخرين، ورد عليها العديد من الناس بالابتسام والتلويح.

بقلم: إيمي سيلفرمان

إمي سيلفيرمان هي كاتبة، ومُحررة ومُعلمة، تُدير تحرير صحيفة طائر الفينق (Phoenix)، وهي جريدة محلية أسبوعية تعمل فيها منذ 16 عاما، كما تُقدم برنامج على المذياع اسمه "هذه الحياة الأمريكية"، ولديها عدد من المقالات في نيويورك تايمز، والسفر والمُتعة، و salon.com، وجورج، وبلايبوي، والحمل

المناسب، وهي مؤسسة موقع "الفتاة بقبعة الاحتفال" ((http://www.girlinapartyhat.com/)، والتي ركزت فيه على تربية الأطفال ذوي مُتلازمة داون.
Silverman, A.(2005). A version of this first appeared on KJZZ, the National Public Radio Affiliate in Phoenix, AZ

التعامل مع مشاعر الطفل Dealing With The Child's Feelings: بالإضافة إلى التعامل مع ردود أفعال عامة الناس نحو إعاقة الطفل، يُواجه الوالدان مهمة حساسة في الحديث مع الطفل حول إعاقته، قد تكون هذه المسؤولية صعبة لأن الوالدين يحتاجان إلى تناول الموضوع دون أن يُظهرا الإعاقة بصورة أكثر أهمية مما هي عليه في الحقيقة، وبكلمات أخرى، لا يرغب الوالدان بتنبيه الطفل أو جعله معنيا بإعاقته أكثر من اللازم.

وعلى الرغم من ذلك، عادة ما تكون لدى الطفل ذي الإعاقة أسئلة عديدة عن إعاقته ومنها: كيف حدثت الإعاقة؟ هل ستذهب؟ هل ستُصبح أسوأ؟ هل سأتمكن من العيش المستقل عند البلوغ؟ ومن المُناسب أن ينتظر الوالدان حتى يسأل الطفل أسئلة مُحددة يُمكنهم الإجابة عليها كلما كان ذلك مُمكنا، بدلا من إلقاء المُحاضرات العامة عليه، على أية حال، ستكون فكرة جيدة أن يتحدث الوالدان بأمانة مع الطفل في أقرب وقت مُمكن، خاصة قبل سنوات المُراهقة، الوقت الذي يجد فيه العديد من الآباء والأمهات مُشكلات في التواصل مع أطفالهم.

التعامل مع أعضاء الأُسرة المُمتدة Dealing With Extended Family Members' Feeling: غالبا ما يكون الإشراف هو التأثير الذي يُحدثه الطفل ذو الإعاقة على أعضاء الأُسرة المُمتدة (مثال: الوالدان، والأجداد، والأخوة، والأخوات). ردود أفعالهم مهمة لأن أعضاء الأُسرة المُمتدة يُمكنهم غالبا أن يلعبوا دورا مهماً في تقديم الراحة والدعم للأُسرة مُباشرة، ويُصور الموقف التالي ذلك:

فكرت في كافة الاتصالات الهاتفية التي أجريتها مع والدي عبر سنوات، حادث السيارة، والوقت الذي قررت فيه بأنني أحتاج لأخذ إجازة لمدة سنة كاملة من الكلية، وأتوجه للغرب مع توم، فلقد قرر كلانا بناء حياة هناك، على بعد آلاف الأميال، وكل ذلك لا يوازي على الإطلاق المكالمة التالية، والتي كانت أقسى مُكالمة هاتفية في حياتي.

قمت بطلب الرقم، وكررت العبارة أكثر من مرة: "أفيري لديها مُتلازمة داون، أفيري لديها مُتلازمة داون، أفيري لديها مُتلازمة داون"، لوالدتي، ولوالدي وزوجته، ولبام، ولشقيقي الوحيد جلينيس.

قال والدي: "سيكون واحدا من أفضل الأطفال"، وقال بام: "إنه بصحة جيدة، أليس كذلك؟ هذا كُل ما في الأمر، سيفعل شيئا عظيما".

وقالت والدتي: " عزيزتي، هل هناك أي شيء أستطيع مُساعدتك به؟"وقال جلينيس" أنا فخور لأنك شقيقتي".

لقد أعمت الدموع والكلمات بصري " أنا أُحبك" و "سأكون أفضل"، و"ابقي على تواصل" ثم انتهت المُكالمة.

لا بد أن أُركز حتى تبقى يداي دون اهتزاز.

تنفست، أخذت شهيقا وزفيرا، سيكون هناك العديد من الأشخاص لأتحدث إليهم، ولكن علي الانتظار، أكتفي بمن حادثتهم حتى الآن (Groneberg,2008,p.43).

تكيف الوالدين Parents' Adjustment:

هناك ما يكفي من الأدلة التي تُشير بأن آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة يمرون بالعديد من الضغوط التي تفوق متوسط الضغوط التي يُعاني منها الأفراد الآخرون (Fiedler, Simposon, & Clark,2007)، ولا ينجم تلك الضغوط في العادة عن أحداث رئيسة هائلة، وإنما تنتج من تراكم المسؤوليات اليومية المُتعلقة بالعناية بالطفل، ويُشبه ذلك الوضع الذي يُصاب فيه أحد أفراد الأُسرة بمرض حقيقي، فيتسبب بأزمة أُسرية، ولكن آثاره تكون أكثر تدميرا إن كانت الأسرة تحت ضغوط تعود لوجود عدد من المُشاحنات اليومية.

ردود الفعل الأبوية للضغط Parental Reaction To Stress: على عكس ما يعتقده البعض، لا يرتبط الضغط بشدة إعاقة الطفل، فعلى سبيل المثال: آباء وأمهات الأطفال ذوي.

الإعاقات الأشد قد يُواجهون أعباء أكثر في العناية بالطفل، ولكن آباء الأطفال ذوي الإعاقات الأبسط، قد يكونون أكثر تعرضا لتلك الضغوط التي يشعر بها آباء وأمهات الأطفال الذين ليست لديهم إعاقات (مثال: الإجهاد الخاص بالتحصيل المدرسي، واللقاءات العاطفية، وقيادة السيارة)، على أية حال يبدو بأن الضغط يكون أكثر انتشارا بين آباء وأُمهات الأطفال الذين يُظهرون مهارات اجتماعية مُنخفضة ومُشكلات سلوكية (Davis& Carter,2008; Plant& Sanders,2007)، خاصة إن تضمنت تلك المُشكلات العدائية الاجتماعية و السلوكات الفوضوية (Hasting, Daley, Burns, & Beck,2006; Orsmond et al., 2006).

العوامل الأكثر تأثيرا على الطريقة التي يُواجه فيها الآباء والأمهات الضغوط هي البنية النفسية السابقة ومُستوى السعادة الزوجية ونوعية ودرجة الدعم غير الرسمي الذي يتلقونه من الآخرين، وعلى الرغم من أن هناك استثناءات، فمن العدل أن نقول بأن الآباء والأمهات الذين كانوا أكثر تكيفا وسعادة زوجية قبل ولادة الطفل لديهم فرصة أفضل للتقبل تزيد عن أولئك الذين كانت لديهم مشكلات نفسية أو زوجية.

إن الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الآباء والأمهات من الآخرين، ومن أعضاء الأسرة الممتدة، والأصدقاء، وغيرهم يُمكن أن يُسهم على نحو كبير في مُساعدة الآباء والأمهات على التعامل مع

ضغوط العناية بالطفل ذي الإعاقة (Plant& Sanders,2007; Singer,2002)، وقد يكون الدعم جسديا من خلال العناية بالطفل مثلا، أو نفسيا من خلال وجود شخص يتحدثون إليه عن مُشكلاتهم.

تغيير وُجهات النظر حول تكيف الوالدين: في البداية، يفترضُ غالبية المُختصين بأن آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة سيواجهون حياة ملؤها الضغط والبؤس، وعلى الرغم من أن المُختصين الآن يعلمون بأن هذا الافتراض غير صادق على نحو واسع، تؤكد الدراسات إمكانية حدوث الاكتئاب بينهم-وخاصة بين الأمهات- وبالاستناد إلى العديد من الدراسات، توصل الباحثون إلى أن أمهات الأطفال ذوي الإعاقات التطورية هم الأكثر عرضة للاكتئاب (Singer,2006)، الذي يظهر لدى 29% من هؤلاء الأمهات.

يُشير الرقم 29% بالتأكيد إلى أن أمهات الأطفال ذوي الإعاقات هم أكثر تعرضا للاكتئاب، ولكن من المُهم أن نُبقي في أذهاننا بأن ذلك يعني أن 71% منهم لا يُظهرون الاكتئاب، علاوة على ذلك، هناك أدلة قوية تُشير إلى أن هذا الاكتئاب يميل إلى الانخفاض كلما تقدم الطفل في العمر (Glid-den& Jobe,2006; Singer,2006).

في ضوء الدراسات المُتاحة، لابد أن يكون المُختصون أكثر حساسية لاحتمالية مواجهة آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة مستويات متفاوتة من الاكتئاب، وفي نفس الوقت، تأثر العديد من الآباء والأمهات على نحو جيد جدا بالعديد من روايات الآباء والأمهات الآخرين الذين أفادوا بأن ولادة طفل من ذوي الإعاقة داخل الأسرة ترتب عليها في الحقيقة فوائد إيجابية غير متوقعة (Ferguson,2002; Scorgie& Sobsey,2000; Skinner, Bailey, Correa& Rodriguez,1999)، وأشاروا إلى أنهم مروا بتجارب حياتية مُتنوعة، تتضمن أنهم أصبحوا:

- أكثر تقبلا للاختلافات الموجودة لدى غيرهم من الناس.
- أكثر اهتماما بالقضايا الاجتماعية.
- آباء وأمهات أفضل.
- أسرا مُترابطة.
- أكثر روحانية أو فلسفة مع الحياة.

ومن المُثير للاهتمام، أن الدلائل تشير بأن الأسر اللاتينية عادة ما تعتبر ولادة الطفل ذي الإعاقة خبرة إيجابية لا سلبية أكثر من الأُسر الإنجليزية، وعزت إحدى الفرق البحثية ذلك (Blacher& Bak-er,2007) إلى موقفهم الفلسفي من المحنة والذي يُوضحه التعبير التالي: No hay malque por bien no benga والذي يعني أنه لا يوجد شيء سيئ يخرج من الجيد الذي لا يمكن أن يأتي (Zuniga,1992,p.115)، قد يكون ذلك بسبب أهمية الأسرة في الثقافة اللاتينية والدعم الاجتماعي الذي عادة ما تقدمه العلاقات الأسرية القوية.

تشكلت النظرة الفلسفية على استحواذ المجتمع للحياة الطبيعية لدى إليزابيث جيرلاخ (Gerlach,1999) نظرا لوجـود طفل من ذوي الإعاقة لديها:

يعرض المُجتمع الإعاقة كـ "فاجعة"، وفي الحقيقة، أن الفاجعة الأكبر هي رأي المُجتمع غير الصحيح بوجود حالة مثل "الطبيعي"...

"الطبيعي" هو شيء موجود، ولكن ينبغي أن تبحث عنه، فهو المكان الموجود في موقع ما بين نهايتين، مثلا: (أ) مثال جيد على الطبيعي هو ما يُمكن أن تجده في مُجفف الملابس الخاص بي بين "التمدد"، و "الانكماش"، فهذه المنطقة تُعد "طبيعية"، استخدمت هذا المثال لأنه الأمر الأقرب للطبيعي الذي عادة ما يحدث في حياتي.

يُشير بعض الآباء والأمهات إلى أن ولادة الطفل ذي الإعاقة داخل الأسرة له نتائج إيجابية غير متوقعة، تتضمن التقبل الأفضل للاختلافات الموجودة لدى الناس الآخرين، وتحسن أدوارهم كآباء وأمهات، وترابط أسرهم بشكل أكبر.

الحقيقة هي أن "الطبيعي" كلمة لا ينبغي أن تنطبق على الحالة الإنسانية، فالناسُ مُختلفين، ويتغيرون باستمرار، وقد يكون المُصطلح الأنسب من " الطبيعي" هو "المُتوازن"... فبعضنا يسعى للوصول إلى حالة التوازن مع أنفسهم، ومع أسرهم، ومُجتمعاتهم، لابد أن نستكشف ما يعني ذلك بالنسبة لنا، وهذا يتغير أيضا مع الوقت.

لقد اعتدت على التفكير بأن هناك شيء "طبيعي، أسرة سعيدة" وهو شيء يُمكن تحقيقه، لم يسبق لي أن جربته كطفل، لذا حاولت ابتكاره ككبير، حتى قصف التوحد هذه الفكرة، أنا لا أُنكر بأن التوحد بدرجاته المُتفاوتة في الشدة مُؤلم بطرق مُختلفة لجميع من يتأثرون به، أنا أقول ببساطة بأن بعض ذلك الألم يُمكن تخفيفه بالفهم والتقبل، إن ولادة طفل من ذوي الإعاقة بين لي قيمة الحياة ومعنى أن تكون إنسانا هو أن تتعلم كيف تُحب. إن تبسيط أو تعقيد فهم هذه المسألة لن يُوقف دهشتي (pp.4-6).

إن نيتنا ليست التخفيف من حقيقة أن الضغط المُضاف للأُسرة نتيجة ولادة طفل من ذوي الإعاقة قد يكون له له أثر كبير على استقرار الأُسرة، وعلى الرغم من ذلك فمن الخطر افتراض أن ولادة الطفل ذي الإعاقة تُؤثرُ تلقائيا على استقرار الآباء والأُمهات النفسي أو على استقرار حياتهم الزوجية.

ردود فعل الأخوة والأخوات Siblings' Reactions:

على الرغم من كثرة الأدبيات الخاصة بردود أفعال الوالدين، إلا أن المعلومات المُتوافرة حول أخوة وأخوات الأشخاص ذوي الإعاقة تُعد قليلة، ما هو مُتاح على أية حال يعكس بأن الأخوة والأخوات يُظهرون في العادة نفس الانفعالات -الخوف، والغضب، والذنب، وهلم جرا- التي يُظهرها الآباء والأُمهات، وفي الحقيقة، قد يواجهون في البداية أوقاتا أكثر صعوبة من آبائهم وأمهاتهم حتى يتمكنوا من تجاوز هذه المشاعر، خاصة حين يكونوا أصغر في السن، نظرا لقلة نُضجهم، كما أنهم قد يجدون مُشكلات في وضع بعض مُعتقداتهم السلبية في صورتها الصحيحة، وقد لا يرتاحون عند توجيه الأسئلة التي تُزعجهم على آبائهم وأمهاتهم، يستعرض الجدول 14.2 أمثلة على مخاوف الأخوة والأخوات.

على الرغم من أن بعض المشاعر المُتعلقة بإعاقات أشقائهم قد لا تظهر لسنوات عدة، فإن عددا كبيرا من الحالات تعكس بأن الأشقاء غير المعوقين يكونون على وعي ومن سن مُبكر بأن أخوتهم أو أخواتهم يختلفون بطريقة ما، ويوضح الاقتباس التالي من حوار نقلته أمي سيلفيرمان، بأن والدة صوفي، وهي طفلة من ذوي مُتلازمة داون، تُوضحُ إمكانية استخدام الآباء والأمهات لكلمات صحيحة في تفسير إعاقة الطفل لأشقائه وشقيقاته، ويتمتع الأطفال الصغار أحيانا ببصيرة جيدة حول طبيعة الإعاقة.

في الليلة الماضية، وبعد أن ذهبت صوفيا للنوم، جلسنا أنا وأنابيل على الأريكة، وكأخت كُبرى، اعتادت على أن تتأخر قليلا في النوم

قالت أنابيل" تُكمل صوفيا الخامسة من عمرها غدا"

"نعم"

هل ستذهب حقا إلى الروضة؟ هي لا تتحدث جيدا"

"أنت تعرفين السبب، أليس كذلك؟"

"لا"

(أعتقد أنها تعرف، ولكن من يعرف، أنا نفسي اعتدت على لعب دور الأبكم أكثر من مرة في حياتي) ."حسنا، صوفي لديها مُتلازمة داون، وهذا يجعلها مُختلفة قليلا عنا، وعن أقرانها الآخرين ممن هم في عمرها"

لحسن الحظ، حضر راي للتو من جولة في الدراجة، تمت دعوته للجلوس على الأريكة، حيث أوضح بأن كل شخص يبدأ بخلية واحدة، وفي حالة صوفيا، كانت الخلية مُختلفة (يا للهول، إنه يعرف أيضا أن عبارة "المادة الجينية" لا تنطبق على ما يقارب سبع سنوات من العمر)، لذا، فإن كل جزء من صوفي يختلف اختلافا بسيطا (وأحيانا يكون الاختلاف أكبر).

سألته: "هل يجعلك اختلافها حزيناً؟"

"لا" أجابت أنابيل "إذا كانت هي كذلك، فهي كذلك" (Silverman,2005).

حين يكبر الأخوة والأخوات غير المعوقين، تُصبح مخاوفهم مُرتكزة على نظرة المُجتمع لهم ولأخوتهم أو أخواتهم من ذوي الإعاقة، وغالبا ما تكون مرحلة البلوغ هي الأكثر صعوبة، إذ يخشى المُراهقون رفض أقرانهم، وغالبا ما لا يرغبون في الظهور كمُختلفين، لأن وجود أخ أو أخت من ذوي الإعاقة لدى أي منهم يُمكن أن يتسبب في استثنائهم.

الجدول 2-14 | يقلق الأخوة والأخوات على....

أخوتهم أو أخواتهم ذوي الإعاقة	● ما الذي يُسبب الإعاقة؟ ● لماذا يتصرف أخي بطريقة غريبة؟ ● هل ستعيش أختي في يوم من الأيام لوحدها؟
آباءهم وأمهاتهم	● لماذا يسمحوا لأخي بالابتعاد كثيرا؟ ● لماذا ينبغي عليهم أن يمنحوا كامل وقتهم لأختي؟ ● لماذا يطلبون مني دائما رعايته؟
أنفسهم	● لماذا لدي هذه المشاعر المُختلطة حول أختي؟ ● هل يُمكن أن تنتقل الإعاقة إلي؟ ● هل ستكون علاقتي مع أخي-أختي جيدة؟
أصدقاءهم	● كيف يمكنني أن أخبر أصدقائي المُقربون عن أخي؟ ● هل سيُخبر أصدقائي كل من في المدرسة؟ ● ما الذي ينبغي علي فعله حين يتهكم الأطفال الآخرون على الأشخاص ذوي الإعاقة؟
مدارسهم ومُجتمعاتهم	● ما الذي يحدث في صفوف التربية الخاصة؟ ● هل ستتم مُقارنتي بأختي؟ ● ما الذي ينبغي علي قوله للغرباء؟
البلوغ	● هل سأكون مسؤولا عن أخي حين يموت والداي؟ ● هل أنا بحاجة للإرشاد الوراثي؟ ● هل ينبغي علي أن أنضم إلى مجموعات الآباء والأمهات و/ أو الأخوة والأخوات؟

المرجع:

Adapted from Brothers& Sisters-A special part Exceptional Families (3rd ed.), by P.A. Gallagher, T.H. Powell, & C.A.Rhodes,2006, Baltimore, MD: Paul H. Brookes. Reprinted by Permission

تكيف الأخوة والأخوات Siblings' Adjustment:

الأطفال كالآباء والأمهات، يُمكنهم التكيف على نحو جيد أو ضعيف لوجود فرد من ذوي الإعاقة داخل الأُسرة، وعلى الرغم من عدم توافر العديد من الدراسات التي تناولت هذا الموضوع، إلا أن هناك القليل من الأدلة البحثية القوية بالنسبة للإعاقات العقلية تعكس بأنه وعلى الرغم من أن الأخوة والأخوات معرضين للخطر بنسبة مُرتفعة قليلا، إلا أنهم أقل عرضة للقلق والاكتئاب من الآباء والأمهات (Rossiter& Sharpe,2001) وكما هو الحال بالنسبة للآباء والأمهات، أشار البعض إلى وجود فوائد من وجود أخ أو أخت من ذوي الإعاقة.

لماذا يستجيب بعض الأخوة والأخوات بصورة سلبية فيما لا يكون الحال كذلك بالنسبة لغيرهم؟ أليس الأمر يصعب استيعابه؟ هناك بعض الأدلة (غير النهائية) التي تُشير إلى أن ترتيب الطفل، ونوعه الاجتماعي (جنسه)، وعمره، جميعها عوامل قد تُؤثر في التكيف، وتختلف ما بين الأشقاء، وترتبط بالتعديلات. وعلى الرغم من أن الأخوات الأكبر من الطفل ذي الإعاقة يمرون بضغوط أكبر نظرا لأن آباءهم وأمهاتهم عادة ما يعتمدون عليهم ليساعدوهم في العناية بالطفل، إلا أن الدراسات مُتضاربة حول ما إذا كانت مشاعرهم أكثر سلبية من الذكور تجاه هؤلاء الأخوة (Fielder et al., 2007; Floyd, Purcell, Richardson, & Kupersmidt,2009)، وعلى أية حال، تُشير الأدلة إلى أنه عندما يتقدم الأخوة والأخوات في العمر تُظهر النساء علاقات أفضل من الرجال مع أخوتهم وأخواتهم ذوي الإعاقة، وتكون الاستجابة الانفعالية للأخوة ذوي الإعاقة نحو إخوتهم البالغين من نفس الجنس أفضل (Orsmond & Seltzer, 2000). إن الوصول إلى المعلومات هو أحد مفاتيح تكيف أخوة الأطفال ذوي الإعاقة، وكما يُشير الجدول 14.2، فإن الأخوة لديهم عدد كبير من الأسئلة التي تخص أخوتهم وأخواتهم ذوي الإعاقة، وقد

إن أخوة وأخوات الأطفال ذوي الإعاقة غالبا ما يُظهرون وعيهم بأنه وفي سن مُبكرة جدا كان هناك شيء ما مُختلف لدى أخوتهم وأخواتهم، تختلف مواقف الأخوة والأخوات في مراحل مختلفة من حياتهم، مثلا: يُصبح البالغ أكثر اهتماما بنظرة العامة له ولأخته أو أخيه من ذوي الإعاقة.

تُساعدهم الأجوبة البسيطة عن هذه الأسئلة في التعامل مع مخاوفهم، ويمكن أن يُقدم المُعلمون أجوبة على بعض تلك الأسئلة تماما كالآباء والأمهات.

من المصادر المميزة التي توفر المعلومات والدعم للأخوة والأخوات هي ورش عمل sipshops (Meyer& Vadasy,2008)، والتي صُممت تحديدا لمساعدة أخوة وأخوات الأطفال ذوي الإعاقات.

دروس من أخي

لم أفكر مُطلقا بمستوى تأثير أخي الأصغر ذي مُتلازمة داون على قراري بأن أكون طبيبة، بعد تأمل طويل، توصلت أخيرا إلى أن خبرتي مع أخي لم تؤثر في قراري على مُمارسة المهنة، إلا أنها أثرت في الطريقة التي سأمارسها فيها، المهارات التي تعلمتها من خلال عنايتي به خدمتني جيدا في أدواري المُزدوجة كأم وطبيبة.

لقد كانت لحياته القصيرة والتي بلغت 16 عاما أثر دائم في حياتي وفي نظرتي للآخرين، لقد علمني كارلتون الصبر، والاستماع بانتباه، كما علمني أن لا أقلل أو اسمح لنفسي بالتقليل من قدر أحد، وأن الأوان لا يفوت للتعلم، وعلمني عن مُتعة السعادة البسيطة في الحياة، لقد تغيرت جميع مفاهيم حياتي في الوقت القصير الذي قضيته معه، وأنا أقدر كل ما علمني إياه.

في عمر السادسة عشرة بدى طول كارلتون كما لو كان ثلاثة أقدام ونصف، رضيع رفيع، وبقي كارلتون "رضيعا" طوال حياته، يرتدي الفوط الصحية، ويزحف في كل مكان ويتمكن من المشي بإسناد فقط، كما كان يستند أحيانا إلى أذرع طويلة مُلحقة بخاصرة والدتي كي تتمكن من توجيهه بواسطتها، وكثيرا ما كان يضغط على عينيه الجاحظتين بإبهامه للحصول على بعض الاستثارة البصرية التي يعرفها وحده، وكطفلة صغيرة، جربت تقليد ما يقوم به بنفسي في محاولة لفهم سبب عدم قيامه سوى بذلك النشاط الذي قد يُلحق الأذى الذاتي عليه، وعلى الرغم من أنني لم أقم بذلك بنفس القوة، إلا أنني تمكنت من رؤية ومضات مُتفرقة من الضوء، توقفت عن ذلك وعزيته للوصلات الدماغية المُختلفة الموجودة في أدمغتنا، وحتى ذلك الوقت كان كارلتون يُعلمني تجربة مُشاهدة الأشياء من وجهة نظر الآخرين، ذلك الدرس الذي تعلمته في الواقع وجعل مهمتي أكثر سهولة لاحقا حيث كانت نتيجة ذلك أن تمكنت من وضع نفسي مكان الآخرين والتعاطف معهم.

وبعد مُلاحظة شخص بعقلية طفل الحضانة لعقد من الزمان يتدفأ تحت الشمس أو يضحك مُبتهجا على لعب الجراء، أدركت بأن علي تقدير جميع الأشياء البسيطة التي ربما تُسهم في التطور.

مُشاهدة والدتي وهي تعتني بطفل استثنائي بمصادر محدودة وتطور أخي على الرغم من كل ذلك هو ما بَذرَ بذور ثباتي في وظيفتي الطبية، أعرف بأن العديد من العقبات وقفت في وجهي كفتاة أمريكية أفريقية من ألباما الريفية إلا أنها لم تحول بينها وبين أن تصبح طبيبة، لم أر أبدا خط العقبات الطويل، وتعاملت مع جميع تلك العقبات في الوقت نفسه وببساطة، ولم يكن الإخفاق خياري لأن كارلتون علمني أن لا أقلل من قدر الآخرين أو من قدر نفسي.

بقلم فالينسيا كلاي Valencia Clay

الدكتورة فالينسيا كلاي تخرجت من كلية الطب في جامعة ألباما، وحصلت على البورد في الطب الباطني، وتعمل كمديرة طبية في شركة تأمين الإعاقة، وكمُستشارة طبية لدار العجزة.

المرجع:

Clay, V. (2006). Lessons from by brother. Exceptional Parent, 36(12), 24-25, Reprinted by Permission

النهج المُرتكز على الأسرة للعلاج والتعليم:

a Family-Centered Approach To Treatment And Education

لقد تمت الإشارة مُسبقا إلى أن المعلمين في أيامنا هذه يُدركون الآثار الإيجابية لآباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة على تطور أبنائهم، وانعكس هذا الموقف الإيجابي من الآباء والأمهات على تغيير نهج المعلمين في علاج وتعليم الأطفال.

لقد كانت غالبية برامج التدخل المبكر الخاصة بأسر الأطفال ذوي الإعاقات تُقدم وفق فلسفة مفادها أن المُختصين هم أصحاب الخبرة وأن الأسر تحتاج إلى تلك الخبرة للتعامل مع أطفالهم، وعلى أية حال فإن غالبية الهيئات اليوم تدعم النموذج المُرتكز على الأسر (Bailey, Raspa, Humphreys, & Sam, 2011; Mangelsdorf& Schoppe-Sullivan, 2007)، ووفقا لهذا النموذج، يُشجع المختصون الأسر على اتخاذ قراراتهم بما يتوافق مع الخدمات من خلال تكاتف المصادر والدعم الرسمي وغير الرسمي لتحقيق أهداف الأسرة، وتُشير الدراسات إلى أن النهج المُرتكز على الأسرة يُؤدي إلى مُخرجات إيجابية على الأسر (Bailey et al., 2011).

بالإضافة إلى المُخرجات الإيجابية على الأسر، يُجسد النهج المُرتكز على الأسر القيم التي لابد أن نحملها كمجتمع لاحترام الأشخاص، والكرامة الشخصية، وحرية الاختيار. وبدمج المُمارسات المبنية على الأسرة فنحن نُؤكد على مُسلمة مفادها أن... التدخل المبكر هو مشروع موجه نحو المُستهلك، لابد أن يستجيب لحاجات ورغبات الأسر ويحترم تفضيلاتهم للأهداف والخدمات، وتعكس الدراسات في مجال التدخل المبكر والمجال الطبي بثبات أن المُختصين حين يتبنون النهج المبني على الأسر (أ) يلمسون عددا من الفوائد، التي تتراوح من زيادة الرضا إلى تطور المُمارسات الوالدية (Bailey et al., 2011).

لقد أحدثت النماذج المبنية على الأسرة تغيرا في طريقة الحديث عن الوالدين من متلقين سلبيين لنصائح المُختصين، إلى الحديث عنهم كشركاء مُتكافئين في تطوير العلاج والبرامج التعليمية لأطفالهم. تتمثل الفكرة في أنه وحين لا يكتفي المُختصون بتقديم الخدمات المُباشرة، ويُشجعون الأسر على مساعدة أنفسهم وأطفالهم، تعتقد الأسرة بأن بمقدورها التحكم بحياتها الشخصية وتتجنب الاعتمادية التي ترتبط أحيانا بالعلاقات التقليدية بين المُختصين والأسر.

إن الوصول إلى توازن مُناسب بين تقديم المُساعدة وإتاحة فُرص اتخاذ القرارات باستقلالية للأسر قد يُحدث تحديا، فعلى سبيل المثال، تمخضت مُقابلاتٌ أُجريت مع مجموعة من الآباء والأمهات عن التوصيات الآتية:

- كن صريحا، ولكن لا تخبرنا عما ينبغي علينا أن نفعله.
- قل الحقيقة وكن صادقا، ولكن أيضا كن مُشجعا ومُتفائلا.
- كن واسع الإطلاع، ولكن اعترف حين لا تكون لديك الإجابة.
- لا تُسيطر، ولكن لا تمنع عنا المعلومات.

تسير النماذج المبنية على الأسرة مع التوجه الحالي الآخر لخدمات أسر الأطفال ذوي الإعاقة (نظام الخدمات الملفوف Wraparound Services Systems)، ولا يتضمن هذا النظام استخدام الخدمات التعليمية فحسب وإنما استخدام الخدمات المُجتمعية المُتاحة أيضا (مثال: الصحة العقلية، والرفاه الاجتماعي، وحقوق الأحداث، وهلم جرا) في تلبية الحاجات الفردية للأطفال وأسرهم (Fiedler et al., 2007)، وتكون الخدمات المُتنوعة "مُلتفة حول" الأسرة لذا يحرص مُقدمي الخدمات على مُراعاة ما أمكن من حاجات الأسر.

نظرية الأنظمة الاجتماعية Family Systems Theory:

إن المبدأ الأساسي الذي تتضمنه نظرية الأنظمة الاجتماعية هو فهم سلوك الأفراد ضمن محتوى الأسرة وفهم سلوك الأسرة ضمن محتوى أنظمتها الاجتماعية الأخرى (Lambie,2000)، لقد طور الباحثون نظريات الأنظمة الأسرية المُتنوعة، التي تفترض جميعها بأن البرامج التعليمية والعلاجية ستكون أكثر نجاحا إن تم أخذ العلاقات والتفاعلات بين أعضاء الأسرة بعين الاعتبار، لقد تم تطوير أحد النماذج تحديدا مع الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية وتضمن أربعة مُحتويات مُترابطة هي: خصائص الأسرة، وتفاعلات الأسرة، ووظائف الأسرة، ودورة حياة الأسرة (Turnbull et al., 2006).

خصائص الأسرة Family Characteristcs: تتضمن خصائص الأسرة المعلومات الرئيسة عن الأسرة مثل نوع وشدة الإعاقة، وحجم الأسرة، والخلفية الثقافية، والحالة الاقتصادية الاجتماعية، وأساليب المُواجهة، والظروف الخاصة (مثال: الإساءة الزوجية، واكتئاب الأم).

تُساعد سمات الأسرة على تحديد نمط تفاعل أفراد الأسرة مع بعضهم بعضاً ومع غيرهم من خارج الأسرة، وقد تشمل هذه السمات مثلا، الأسر التي يكون فيها الطفل الأصم أو ذي الإعاقة هو الطفل الوحيد، أو الأسر التي يكون لدى ذلك الطفل خمس أشقاء، كما قد تشمل الأسر من الطبقة مُتوسطة إلى مُرتفعة الدخل أو من الطبقة الفقيرة، وهلم جرا.

لقد أسهمت الاتجاهات الأخيرة في أخذ السمات الأسرية داخل المجتمع الأمريكي بعين الاعتبار من قبل المعلمين، وعلى نحو أكثر تحديدا، لابد أن ينتبه المُعلمون إلى اتساع التنوع العرقي في الولايات المُتحدة الأمريكية، والذي قد يترتب عليه الامتزاج بين أعراق المُعلمين والطلبة، وخاصة طلبة برامج التربية الخاصة، ربما تكون إحدى الصعوبات التي يواجهها العديد من مُعلمي التربية الخاصة الذين غالبا ما يكونون من البيض هي كيفية دمج الأسر من مُختلف الثقافات، وربما يكون الشيء الأكثر أهمية الذي لابد من تذكره هو أن الآباء والأمهات من مُختلف الخلفيات ليست لديهم طريقة مُحددة للتفاعل مع المعلمين أو المُختصين الآخرين، فمثلا، وجد بعضُ الباحثون بأن أفراد الأسرة من مُختلف الخلفيات اللغوية والثقافية يميلون إلى إساءة الظن بموظفي المدرسة (Parette& Petch-

(Hogan,2000، وبكلمات أخرى يحتاج المختصون لأن يتنبهوا لتلك الاختلافات المُحتملة ويتهيئوا لمحاولة تعديلها، وفي حالة الأسر التي تخشى المدارس، مثلا، لابد أن يجرب المُعلمون التواصل مع الناس في المجتمع (مثال: الوزير، الطبيب، المعلم المتقاعد من نفس العرق)، الذين تثق بهم الأسر للمساعدة كجسر بين الأسرة والمدرسة.

بالإضافة للتنوع العرقي الواسع، تتضمن بعض التغيرات الأُسرية زيادة عدد الأسر التي يعمل فيها كلا الوالدين خارج المنزل، والأسر أحادية الوالدين، والأسر التي يكون فيها الزوجين من نفس الجنس، والأسر الفقيرة. وتُعدُ أكثر الأسر تأثرا بضغط العناية بطفل من ذوي الإعاقة هي الأسر الفقيرة أو أحادية الوالدين، الذين ولسوء الحظ ترتفع نسبة انتشار الإعاقة لديهم الأسر (Parish, Rose, Grin-stein-Weiss, Richman, & Andrews,2009).

مجموعة أخرى تواجه تحديات كبيرة في العناية بالأطفال ذوي الإعاقة هي أُسر العاملين بالجيش، فاختلاف الخصائص السكانية بالنسبة لهؤلاء أسهمت في زيادة المشكلات التي يُواجهونها، إذ أن زيادة عدد النساء ذوات الدخل المحدود قادتهن للبحث عن فرص وظيفية في الجيش، فهناك ما يزيد عن 80% من أفراد الجيش متزوجون ولديهم أطفال، كما يعدُ الجيش هو أكبر مكان تلتحق بوظائفه الأسر أُحادية الوالدين في الولايات المتحدة الأمريكية (Taylor et al., 2005)، وربما زادت الضغوط في السنوات الأخيرة نظرا لانفصال الجنود عن أسرهم بسبب انتشارهم في الخارج. هذا الضغط لم يكن صعبا على زوجات الجنود بالقدر الذي كان عليه لدى الأسر التي تكون الأم فيها هي المُجندة، إذ لخص أحد فرق البحث مُقابلات عميقة أُجريت مع الأمهات في الأسر محدودة الدخل واللواتي يعملن في الجيش ولدى كل منهن طفل أو أكثر من ذوي الإعاقة:

على الرغم من أن النساء في دراستنا التحقن بالجيش، وشعرن على نحو إيجابي جدا حين حصلن على امتيازاته، إلا أنهن وحين أصبحن أمهات لأطفال من ذوي الإعاقات، أصبحت المشقة الاقتصادية والمرونة في مكان العمل غير مُلائمة لتحقيق النجاح في تلبية المُتطلبات الوالدية لأطفالهن من ذوي الإعاقة (Taylor et al., 2005, p.96).

ونظرا لهذه التغيرات في الخصائص السكانية، تعيش الأسر اليوم تحت ضغط كبير، إضافة إلى ضغط تهديد الإرهاب الذي تلى الهجوم على برج التجارة العالمي والبنتاجون في الحادي عشر من سبتمبر 2001، وما رافقه من توالي الأزمات الاقتصادية خلال السنوات القليلة الماضية، فمن ناحية، أصبح الأطفال يحتاجون إلى الانتباه والاطمئنان أكثر من أي وقت مضى، ومن ناحية أخرى، فإن لدى الآباء والأمهات مصادر قليلة يمكنهم الاعتماد عليها لتوفير الراحة لأطفالهم في ضوء الضغوط المتعلقة بمُتطلبات الحياة.

لقد أحدثت هذه التغيرات المُجتمعية الدراماتيكية تغيرات هائلة في العمل مع أسر الأطفال ذوي الإعاقات، وحين تتغير ترتيبات الأسرة، يحتاج المُختصون إلى تعديل طُرقهم، فمثلا، قد لا تكون الطرق الناجحة مع الأسر التي يعيش فيها كلا الزوجين معا مُناسبة للأمهات الوحيدات، كذلك يحتاج المُختصون إلى إدراك أن آباء وأمهات اليوم يعيشون تحت ضغوط مُتزايدة وقد يجدوا صعوبة في تكريس وقتهم وطاقتهم للعمل على حساب مصلحة الأطفال.

غالبا ما تكون لدى البالغين من ذوي الإعاقات الذهنية وخاصة أولئك الذين يعيشون في المنزل مُشكلات خاصة في الوصول إلى مُستوى الاستقلالية الصحيح عن أسرهم، وحين يعيشون بعيدا عن بيوتهم، فإن أسرهم عادة ما تكون معنية بتقديم الدعم الكافي حتى لا يكون أطفالهم مُنعزلين اجتماعيا.

التفاعلات الأسرية Family Interacton في نموذج تيرنبل (Turnbull et al,2006) على التماسك الأسري والقابلية للتكيف، وهي المُحددات المهمة لـ "صحة" الأسرة، وعلى نحو عام، تكون الأسر صحية أكثر إن توافرت فيها مُستويات مُتوسطة من التماسك والقابلية للتكيف.

التماسك Cohesion: يُطلق التماسك على درجة حرية كل عضو من أعضاء الأسرة في التصرف باستقلالية عن أعضاء أسرته، ويُتيحُ القدر المناسب من التماسك الأُسري للفرد بأن تكون له شخصيته المُستقلة وفي الوقت نفسه يستعين بأعضاء الأسرة الآخرين لتقديم الدعم عند الحاجة، وقد لا تُقدم الأسر مُنخفضة التماسك الدعم اللازم للطفل ذي الإعاقة، بينما قد تُقدم الأسر التي يكون لديها التماسك أكثر من الحد المطلوب حماية زائدة لهذا الطفل، وتقترح الدراسات بأن التماسك الجيد له فوائد إيجابية على الطفل تماما كأعضاء الأسرة الآخرين (Howell, Hauser-Gram, & Kersh, 2007; Magana, Schwartz, Rubert, & Sza-pocznik,2006).

على الرغم من أن الأسر الصحية غالبا ما تجد صعوبة في الوصول إلى القدر المُتوازن الصحيح من التماسك، إلا أنهم يتحمسون أحيانا لمُساعدة أطفالهم، وبالقيام بذلك فإنهم يحُدوا من استقلالية أطفالهم، ويُمكن أن تكون مرحلة البلوغ تحديدا فترة ضاغطة، حين يكون من الطبيعي أن يحلّ المُراهقون روابطهم العائلية، فمرحلة البلوغ صعبة على العديد من أسر الأطفال ذوي الإعاقات، فبسبب الإعاقة، تجد الأسرة بأنه من الضروري أن تكون حامية مع الطفل، وقد يكون التماسك قضية بالنسبة للبالغين ذوي الإعاقة، والتوجهات الفكرية الحالية ترى بأن الأشخاص ذوي الإعاقة لابد أن يعيشوا في المجتمع، ولكن العديد منهم سيحتاج للدعم من الأسر لتحقيق النجاح، فالعيش في المجتمع يتطلب عددا من المهارات الحياتية اليومية مثل إدارة الأمور المالية الشخصية، والالتزام بجدول العمل،

والتخطيط وإعداد الوجبات، وهذا ما لا يحدث دائما بسهولة، حتى بالنسبة لصغار البالغين من غير ذوي الإعاقة، فالوصول إلى مُستوى صحيح من الاستقلالية عن الأسرة بالنسبة لصغار البالغين ذوي الإعاقة قد يكون تحديا مهماً، إذ تتحدث إحدى الأمهات عن ترتيبات الحياة المُستقبلية لابنتها من ذوي الإعاقات الذهنية الشديدة كما يأتي:

أود أن أراها تعيش قريبة إلى حد ما.. ستحتاج إلى بعض المُساعدة، أعلم ذلك... وأنا أحب أن أراها قريبة على نحو كافي حتى نكون دائما موجودين، ليس موجودين، وإنما أن نكون دائما بقربها إن احتاجت لنا. وكلانا تيم وأنا نتفق بأن هناك شيء سنقوم به دائما، هو أن نكون موجودين، ولكن، من جهة أخرى، إن رغبنا في الابتعاد لشهر واحد مثلا، سنعلم بأن هناك أشخاص يُمكن الاتصال بهم ليُقدموا لها الدعم الذي تحتاجه. (Lehmann& Baker, 1995, p.30).

القابلية للتكيف Adaptability: ويعني الدرجة التي تتمكن الأسر فيها من تغيير أنماط التفاعل حين تُواجه أوضاعا غير اعتيادية أو ضاغطة، بعض الأسر كثيرة الفوضى بطريقة تجعل من الصعب التنبؤ بما سيفعله أي عضو منها في الأوضاع الطارئة، وفي تلك البيئات غير الثابتة، قد تكون احتياجات الشخص ذي الإعاقة مُهملة، وفي المُقابل هناك أسر تمتاز بالصلابة القصوى، وكل عضو من أعضاء الأسرة لديه دور أسري يتم تحديده مُسبقا، وهذه الصلابة تجعل من الصعب التكيف مع دخول عضو جديد للأسرة خاصة إن كان من ذوي الإعاقة، فمثلا، مُشاركة الأم في إيصال الطفل ذي الإعاقة إلى الجلسات العلاجية قد تتطلب أن يكون الأب أكثر مُشاركة في العناية بغيره من الأطفال.

- **الوظائف الأُسرية** Family Functions: وهي الروتينيات المُتعددة التي تحاول من خلالها الأسر تلبية المُتطلبات العديدة والمُتنوعة الاقتصادية، والاجتماعية، والطبية، والتعليمية، ومُتطلبات الرعاية اليومية.

النقطة المهمة بالنسبة للمُعلمين وغيرهم من المُختصين والتي لابد من أخذها بعين الاعتبار هي أن التعليم جزءٌ من الوظائف المُتعددة التي تغرق بها الأسر، وبالنسبة للطلبة أنفسهم وخاصة ذوي الإعاقات المُتعددة منهم، فإن العديد من المُختصين قد يتنافسون على وقت الآباء والأمهات، إذ من الطبيعي، أن يحرص المعلمون على مُشاركة الآباء والأمهات كُلما كان ذلك مُمكنا.

يُمكنُ أن تحدث النتائج الإيجابية حين يكون الآباء والأمهات جزءا من البرنامج العلاجي، وفي الوقت نفسه على أية حال يحتاج المُعلمون إلى احترام حقيقة أن التعليم هو أحد الوظائف المُتعددة التي ينبغي أن تُشارك فيها الأُسر.

سجلت العديد من السلطات بأن بعض أسر الطلبة ذوي الإعاقات يُفضلون المستويات السلبية من المُشاركة بدلا من النشطة في تعليم أطفالهم (Turnbull& Turnbull,2006)، وغالبا ما يكون لدى

الأسر أسباب شرعية للعب أدوار أكثر سلبية، فمثلا، في بعض الثقافات من المألوف بالنسبة للآباء والأمهات أن يمتنعوا عن التدخل في أدوار مُوظفي المدرسة في الأمور التعليمية، علاوة على ذلك، قد ينشغل بعض الآباء والأمهات بالمُشاركة في الوظائف الأسرية الأخرى التي تُرغمهم على تفويض غالبية القرارات التعليمية للمعلمين، ولابد أن يحترم المعلمون رغبة الآباء والأمهات في أخذ دور سلبي نسبيا في تعليم أطفالهم.

دورة حياة الأسرة Family Life Cycle : تُشيرُ العديد من النظريات الأسرية إلى أن تأثير الطفل ذي الإعاقة على أسرته قد تغير مع الوقت (Berry& Hardman,1998; O'Shea, O'Shea, Al-gozzine, & Hammitte,2001)، وإلى أهمية النظر إلى أسر الأطفال ذوي الإعاقات من منظور دورة الحياة الأسرية، وتناولت غالبية النظريات الأسرية أربعة مراحل في حياة الأسرة استنادا إلى أعمار الأطفال، وهي: الطفولة المُبكرة، والطفولة، والمُراهقة، والبلوغ.

غالبا ما يزيدُ الانتقال بين مراحل دورة الحياة من ضغوط الأسر، خاصة أسر الأطفال ذوي الإعاقة. لقد تناولنا مُسبقا الصعوبات التي تواجهها الأُسر في مرحلة الانتقال حين ينتقل طفلهم كبالغ إلى العمل وإلى الأوضاع المعيشية الأكثر استقلالية. إن القضية الصعبة تحديدا بالنسبة لبعض آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقات الذين يدخلون مرحلة البلوغ هي في الكفاءة العقلية والوصاية، فالآباء الذين يقررون أن أطفالهم غير مُؤهلين لعمل خيارات عقلانية دون المُجازفة عادة ما يلجئون للقنوات القانونية للحصول على الوصاية على أطفالهم، وتعني الوصاية أن الشخص لديه سلطة ممنوحة من المحاكم لاتخاذ القرارات عن شخص آخر. قد تتراوح الوصاية بدرجتها من الوصاية الكلية إلى الأكثر محدودية أو إلى السلطة المُؤقتة لاتخاذ القرارات.

إن الانتقال بين المراحل أمر صعب بسبب الحيرة التي يُحدثها لدى الأسرة، أحد أسباب ذلك هو عدم التأكد من المُختصين الذين يعملون مع الطفل ذي الإعاقة، وتحديدا بالنسبة لآباء الأطفال ذوي الإعاقات المُتعددة الذين يتطلبون خدمات من عدة مُختصين، فقد يقلقون من تغيير المُعالجين والمعلمين الذي قد يحدثُ مرات عدة خلال حياة الطفل، خاصة في المراحل الانتقالية.

الدعم الاجتماعي للأسر Social Support for Families:

يمكن أن تجني الأُسرُ فوائد جمة من الدعم الاجتماعي المقدم من الآخرين (Lenhard et al., 2007; Singer,2002)، والدعم الاجتماعي هو الدعم الانفعالي، والمعلوماتي أو الدعم المادي الذي يُقدم للأشخاص عند الحاجة، وبالمقارنة بالمُساعدة التي تُقدم من المُختصين والمُؤسسات، فإن الدعم الاجتماعي هو ذلك الدعم غير رسمي، الذي يأتي من بعض المصادر كالأسرة المُمتدة، والأصدقاء، ومجموعات الكنائس، والجيران، والنوادي الاجتماعية.

الانتماء العرقي والدعم الاجتماعي Ethnicity And Social Support: تعكس الدراسات أهمية الدعم الديني والأسري في أُسر الأقليات العرقية (Harry,2002; Magana et al., 2006)، إذ تُؤكد قيم بعض الأقليات بقوة على أهمية العناية بكل فرد من أفراد الأسرة، سواء كان أو لم يكن من ذوي الإعاقة، وتلعب كنيسة الأسرة دورا رئيساً في الدعم الاجتماعي للعديد من الأقليات، ومرة أخرى بغض النظر عما إذا كانوا أو لم يكونوا من ذوي الإعاقة.

مجموعات الدعم الوالدي Parental Support Groups: أحد أنماط الدعم الاجتماعي السائدة خاصة بالنسبة للآباء والأمهات الذين شخصوا أطفالهم حديثا هي مجموعات الدعم الوالدي والتي تضُمُّ آباء وأمهات أطفال من الإعاقة نفسها أو من إعاقات مُشابهة، ويمكن أن تكون مثل هذه المجموعات غير مُنظمة نسبيا، وتجتمع على نحو غير دوري وبجداول أعمال غير مُحددة، كما يُمكن أن تكون أكثر تنظيما. ويتبادل هؤلاء الآباء والأمهاتُ خبراتهم، مما يُزودهم بالدعم التعليمي والانفعالي على حد سواء، وعلى أية حال فإن جماعات الدعم الوالدي، لا تُفيد الجميع، فبعض الآباء والأُمهات يشعرون بإجهاد أكبر في الحقيقة عند مُشاركة مُشكلاتهم مع الآخرين أو عند الاستماع لُمشكلات الآخرين (Berry& Hardman,1998).

مصادر الشبكة الإلكترونية الخاصة بالوالدين Internet Resources For Parents: الشبكة الإلكترونية هي مصدر ممتاز لآباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقات، وتضُمُّ العديد من القوائم البريدية الإلكترونية، ومجموعات الأخبار، والمواقع الإلكترونية المُكرسة للموضوعات المُرتبطة بالإعاقة، ومن خلال هذه المواقع، يُمكن أن يتواصل آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة مع بعضهم بعضاً، ومع الأفراد ذوي الإعاقة أنفسهم، ومع المُختصين بخصوص القضايا النظرية والعملية المُتعلقة بهم. وهناك مواقع لبعض الإعاقات المُحددة (مثال: مُتلازمة داون، واضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، والشلل الدماغي، والتليف الحويصلي)، بالإضافة إلى مواقع أكثر عمومية.

مراكز الوالدين Parents Centers: أسس قسم التربية الخاصة الأمريكي أكثر من 100 مركز معلوماتي وتدريبي والدي ومركز مصادر مُجتمعي والدي، وفي كل ولاية يوجد واحد من هذه المراكز على الأقل (نشرت مجلة الوالد الاستثنائي Exceptional Parent Magazine في عددها الصادر في يناير 2009 قائمة بجميع المراكز الموجودة في كل ولاية) وتُسهمُ المساعدة التقنية لتحالف المراكز الوالدية http://www.taalliance.org/about/index.asp في تقديم المُساعدة وفي تنسيق عمل هذه المراكز، والتي يُعد الهدف العام منها هو "تقديم التدريب وتوفيرُ المعلومات لآباء وأمهات الرضع وأطفال الحضانة، والأطفال والشباب ذوي الإعاقة والمُختصين الذين يعملون معهم، ويُسهم ذلك في مُساعدة الآباء والأمهات على المُشاركة بفاعلية مع المختصين في تلبية احتياجات أطفالهم التعليمية (Technical Assistance Alliance for Parent Centers, 2009).

التدخل السلوكي الإيجابي ودعم السلوكات غير التكيفية:

Positive Behavioral Intervention and Support for Challenging Behaviors

ينشغلُ بعض الأطفال ذوي الإعاقة بسلوكات تُشكل تحديا بالنسبة للمُختصين وأفراد الأسرة على حد سواء، فالأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية وذوي التوحد مثلا، يُظهرون أحيانا سلوكات عدوانية أو سلوكات إيذاء ذاتي، ووثقت إحدى الفرق البحثية بأن هذه السلوكات تُؤثر على نحو شديد في الأسرة:

وصفت الأُسرُ التي قابلناها حياتها بأنها تأثرت على نحو واسع وعميق.... انخرط النظام الأسري كاملا في إجراء العديد من التعديلات استجابة لمشكلة الطفل السلوكية... وتغيرت هذه الأسر كنتيجة للمُتطلبات المُستمرة والمتعددة من التدخل الجسدي مع طفلهم أو القلق من المُشكلات السلوكية لطفلهم، وكباحثين، وجدنا بأنه من الصعب اختيار العبارات التي من المُمكن أن تصف الأثر البنائي والجسدي والاجتماعي للمشكلة السلوكية على حياة الأُسرة. إذ إن المُشكلات السلوكية تُؤثر في العلاقات الأسرية، والظروف الجسدية، والشبكات الاجتماعية، والأنشطة اليومية (Fox, Vaughn, Wyatte, & Dunlap,2002,p.448).

غالبا ما تتطلب هذه السلوكات الشديدة أكثر من مُجرد الدعم الاجتماعي من الأصدقاء والمُجتمع، ففي مثل هذه الحالات، قد يحتاج المُختصون إلى مُساعدة الأسر على تطبيق المبادئ السلوكية في التفاعل مع أطفالهم، وهناك طريقتان فاعلتان في التعامل مع المُشكلات السلوكية وهما تقييم السلوك الوظيفي Functional Behavioral Assessment (FBA)، دعم السلوك الإيجابي Positive Behavioral Intervention and Support (PBIS). (سنبحثها على نحو شامل في الفصل الخامس)، وباختصار، فإن تقييم السلوك الوظيفي FBA هو تقييم العوامل القبلية والبعدية والسياقية التي تُحافظ على استمرارية السلوكات غير المُلائمة، أما دعم سلوك الإيجابي PBIS، فهو الاستخدام

المُنظم للمبادئ العلمية التي تُؤكد على دعم أو تعزيز السلوك المُلائم بدلا من مُعاقبة السلوك غير المُلائم، ويستعرض الجدول 14.3 أمثلة على الأسئلة التي يُمكن أن يطرحها الآباء والأمهات على أنفسهم كجزء من المُشاركة في تقييم السلوك الوظيفي FBA.

عند تطبيق نموذج الدعم والتدخل في السلوك الإيجابي PBIS مع الأسر، يتم التركيز على أوضاع النشاط الأسري، والروتين الذي تلتزم به الأسرة، كأوقات الطعام، والاحتفالات الموسمية، وزيارات الأقارب، والتسوق، والذهاب إلى الإجازات، وتناول الطعام في المطاعم (Lucyshyn, Horner, Dunlap, Albin,& Ben, 2002; Singer, Goldberg-Hamblin, Peckham-Hardin, Barry&Santarelli,2002)، وبتوجيه من المُختصين، تبدأ الأسر على نحو نموذجي بالتركيز على وضع أو وضعين فقط قبل توسيع الأمر لأكثر من ذلك، فمفتاح تقليل السلوكات الصعبة في المنزل من خلال FBA وPBIS هو التواصل عن قرب بين الآباء والأمهات، الذين يعرفون أطفالهم على نحو أفضل، والمُختصين الذين لديهم الخبرة في مُساعدة الآباء والأمهات على تطبيق مبادئ السلوك بفاعلية.

قد يتضمن الدعم والتدخل في السلوك الإيجابي مع الأسر PBIS استثمار أوقات الطعام، والاحتفالات الموسمية، وزيارات الأقارب،....الخ، كفرص لتعزيز السلوك الإيجابي أو التكيفي.

التواصل بين الآباء والأمهات والمختصين:

Communication Between Parents and Professionals

عمليا، يتفقُ جميعُ المُنظرون والمُمارسون بأن لا مُشكلة في اختيار الطريقة التي ستُستخدم في العمل مع الآباء والأمهات، وأن مُفتاح نجاح البرنامج هو مدى إتقان الآباء والأمهات والمختصين للعمل معا، وحتى النموذج الأكثر إبداعا والأفضل يمكن أن يُخفق إن لم يتمكن المختصون والوالدين من التواصل بفاعلية.

الجدول 14.3 أمثلة على الأسئلة التي يُمكن أن يطرحها الآباء والأمهات على أنفسهم عند المشاركة بتحليل السلوك الوظيفي.

ما هي النقطة الأقوى لدى طفلي؟

ما هي الأشياء والأنشطة الأكثر تعزيزا لطفلي؟

ما هي السلوكات المقلقة أكثر بالنسبة لي؟

ما مدى حدوث السلوك؟

متى/ أين يحدث السلوك غالبا/ نادرا؟

كيف أتصرف في العادة أنا وبقية أفراد الأسرة كاستجابة للسلوك؟

هل أستطيع التفكير في أي شيء يُمكن أن يكون سببا في زيادة/ انخفاض السلوك؟

هل لدي فرضيات حول سبب انشغال طفلي بهذا السلوك؟

المرجع:

Fiedler,C.R., Simpson, R.L., & Clark, D.M.(2007). Parents and families of Children with Disabilities: Effective School-Based Support Services(p.238). Upper Saddle River,NJ:Pearson.

لسوء الحظ فإن هذا النوع من التواصل لا يأتي بسهولة، ومن غير المُفاجئ أنه وعند النظر في مكونات الموقف، نجدُ بأن الآباء والأمهات يُحاولون التعايش مع ضغوط العناية بالطفل ذي الإعاقة في مُجتمع معقد ومُتغير من جهة، ومن جهة أخرى قد يُحبط المُختصون - المُعلمون، وأخصائيوا الكلام واللغة، والأطباء، والأخصائيون النفسيون وأخصائيوا العلاج الطبيعي، وهلم جرا - من عدم وجود كافة الحلول لمُشكلات الطفل.

إن أحد مفاتيح تجنب سوء الفهم بين المُختصين والوالدين هو التواصل (Kauffman, Mostert, Trent, & Pullen,2011)، ومن المُهم أن يتلقى المُعلمون المعلومات من الوالدين في الوقت الذي يُزودونهم فيه بالمعلومات، إذ يمضي الوالدان وقتا أكبر مع الطفل ولديهم تأثير انفعاليٌّ أكبر عليه، لذا يُمكنهم أن يكونوا مصدرا ثمينا للمعلومات المُتعلقة بخصائصه واهتماماته، وبإخبار الوالدين عن الأنشطة الصفية، يتمكنُ المُعلمون من بناء علاقة مع الوالدين تُمكنهم من طلب المُساعدة اللازمة كلما استدعت الحاجة إلى ذلك.

الواجب المنزلي هو أحد المجالات التي غالبا ما تكون مصدرا لإساءة الفهم والصراع لأنه يتطلب تعاون الوالدين، ويُوفر الجدول المُدرج أدناه والمُعنون بالتركيز على المفاهيم بعض الاستراتيجيات اللازمة لزيادة خبرات الطلبة ذوي الإعاقات على أداء الواجب المنزلي.

التركيز على المفاهيم

الواجب المنزلي

خطوات للمعلمين والإداريين:

هناك دراسات عديدة عكست الطريقة الأفضل للتعامل مع الواجبات المنزلية، راجع وارجر (Warg-er,2003-2004) غالبية تلك الدراسات وطورت مُؤشرات مُتنوعة للمعلمين والإداريين، وفيما يلي بعض التوصيات التي قدمها:

قدم مهام واضحة ومناسبة:

إن كان الواجب شديد الصعوبة، أو يتضمن مهام كثيرة، أو يأخذ وقتا طويلا لإتمامه، قد لا يكترث به الطلبة ويُقاومون أداءه، لذا لابد أن يكون الواجب المنزلي امتدادا لما تعلمه الطلبة داخل الصف.

- تأكد من أن الطلبة والآباء والأمهات لديهم المعلومات الكافية حول سياسة التعامل مع تأخر أو عدم إحضار الواجبات، وحول التعديلات الممكنة على الواجبات المنزلية.
- أعد تذكير الطلبة بتاريخ إنهاء المهمة دوريا.
- نسق مع المعلمين الآخرين لتجنب تراكم الواجبات المنزلية.
- أسس روتينا في بداية السنة لتحديد كيفية أداء الواجبات المنزلية.
- حدد واجبا في بداية الفصل.
- فسر كيفية أداء الواجب المنزلي، وقدم أمثلة على ذلك واكتب التعليمات على اللوح.
- اطلب من الطلبة البدء بالواجبات المنزلية في الصف، وتأكد من فهمهم، وقدم لهم المُساعدة عند الضرورة.

احرص على إجراء التعديلات المناسبة على الواجبات المنزلية

- قدم المُساعدة المُباشرة لكل طالب.
- أتح الفرصة للطالب كي يُقدم المهمة بطُرق مُتعددة (مثال: اسمح للطالب فُرصة تسجيل المهمة على شريط تسجيل).
- عدل طول المهمة.
- أتح فرص تعليم النظير أو وزع الطلبة على مجموعات عمل.
- قدم أدوات تعلمية (مثال: الآلة الحاسبة).
- عدل معايير التقييم.
- قدم مهام أقل.

تأكد من وضوح التواصل بين البيت والمدرسة:

من الطرق الموصى بها والتي يمكن أن يطور من خلالها المعلمون التواصل مع الوالدين ما يأتي:

- تقديم قائمة بالمقترحات التي يمكن أن يُسهم من خلالها الوالدين في مساعدة طفلهم على أداء الواجب المدرسي، مثلا، وتكليفهم بمُتابعة أداء الواجب المنزلي يوميا مع طفلهم.
- إرسال الواجبات المنزلية المطلوبة للوالدين كتابيا وعلى نحو دوري.

بعض الطرق التي يمكن أن يُساعد الإداريون من خلالها معلميهم على تطوير عملية التواصل:

- تزويد المعلمين بالتقنيات اللازمة لتيسير التواصل مع الوالدين (مثال: أنظمة الإجابة على الهاتف، والبريد الإلكتروني، وخطوط الواجبات المنزلية الساخنة).
- تشجيع المُعلمين على الاجتماع وجها لوجه مع الوالدين (مثال: تقليل وقت العمل، والمهام الإضافية).
- اقترح على مُديرية التعليم تقديم حصص إضافية بعد اليوم الدراسي أو توفير فرص تعليم النظير بهدف تقديم المزيد من المُساعدة للطلبة على أداء الواجبات المدرسية.

تتفق غالبية السلطات بأن التواصل بين المعلمين والآباء والأمهات لابد أن يبدأ بالسرعة المُمكنة، ولابد أن لا ينتظر حتى يظهر السلوك السلبي لدى الطفل. إن غالبية آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة على نحو عام وذوي الإضطربات السلوكية على نحو خاص غالبا ما يشتكون من عدم تواصل موظفي المدرسة إلا حين يُسيء الطفلُ التصرف. وحتى يتم تأسيس مُستوى مُناسب من الصلة مع الوالدين، يحرص بعض المُعلمين على إرسال الرسائل الإلكترونية أو المُختصرة في بداية السنة الدراسية والتي توجز أهداف السنة كاملة، ويُرسل البعض الآخر رسائل إلكترونية دورية أو صُحفا مدرسية أو يُجرون اتصالات هاتفية مع الآباء والأمهات. وبتأسيس خط للتواصل مع الآباء والأمهات على نحو مُبكر خلال العام، يكون المُعلم قد هيأ وضعا مُناسبا لإجراء المُناقشات المُكثفة والمُركزة كلما دعت الحاجة. وهناك ثلاثة أنواع من هذا التواصل هي مُؤتمرات المعلم والوالدين، وبرامج المُلاحظات المنزلية، والمُفكرات المُتنقلة.

مؤتمر المعلم والوالدين: يُمكن أن يكون طريقة فعالة للمعلمين. يتبادلون من خلالها المعلومات مع الوالدين، كما أنه يُوفرُ فرصة للمعلمين ليتعرفوا من خلاله أكثر على الطلبة من منظور آبائهم وأمهاتهم، وبالإضافة إلى الاجتماعات المفتوحة المُقررة لجميع الآباء والأمهات، قد يحتاج المُعلمون إلى عقد مُؤتمر فردي مع كل أسرة. وربما تلعب مُبادرة المُعلم بالاجتماع دورا مهماً. ويُوضح الجدول 14.4 الأسئلة التي ينبغي أن يطرحها المُعلمون على أنفسهم لتيسير مُؤتمراتهم مع الآباء والأُمهات.

ليست هُناك مشكلة في تحديد هدف الاجتماع. فلقد أظهرت الدراسات بأن مُفتاح التواصل مع الوالدين هو في حديث المُختصين عن الطفل بطريقة واضحة تعرضُ الطفل كشخص لديه قوى فريدة، واهتمامات ونقاط ضعف (Esquivel, Ryan, & Bonner,2008). لأن الآباء والأمهات قد يلتزموا الصمت حين يأخذون انطباعا بأن الطفل قد وُصم بتشخيصه أو بفئة التربية الخاصة التي ينتمي إليها (مثال: من ذوي صعوبات التعلم، أو من ذوي الاضطرابات السلوكية).

إن كان تركيز الاجتماع على أداء الطفل الضعيف أو سلوكه غير التكيفي، لابد أن يكون المُعلمُ دبلوماسيا قدر المُستطاع، إذ أن المُعلم سيتمكن من الوصول إلى ما يريده حين يجد نقاطا إيجابية يُمكنه الحديث مع أُسرة الطفل عنها قبل أن يُحدثهم عما يقوم به الطفل من أمور قد تكون مُقلقة.

الجدول 14.4 أسئلة للمُعلمين ينبغي أن يطرحوها على أنفسهم حول مُؤتمر الوالدين والمعلم:

هل أديت واجبك؟

- راجعت السجل التراكمي للطالب.
- استشرت الأخصائيين الآخرين.
- وثقت تقدم الطالب الأكاديمي والسلوكي.
- أنشأت علاقة مع الوالدين قبل المُؤتمر.
- أطلعت نفسك على ثقافة الطالب والأسرة.

هل شاركت الوالدين قبل المؤتمر؟

- ناقشت أهداف الاجتماع مع الوالدين وتلمست مُداخلاتهم.
- شاركت الطالب كلما كان ذلك مُمكنا.
- وضعت برنامجا مُناسبا ليوم ووقت الاجتماع.
- قدمت إشعارا مُسبقا للاجتماع.

كيف أشركت الوالدين خلال الاجتماع؟

- رحبت بالوالدين وتحدثت بطريقة غير رسمية معهم قبل البدء بالاجتماع.
- كررت أهداف الاجتماع.
- بدأت ببحث نقاط قوة الطفل.
- دعمت نقاطك بأمثلة مُحددة وبالوثيقات اللازمة.
- شجعت الوالدين على مُشاركة رُؤيتك.
- سألت أسئلة مفتوحة النهايات.
- تجنبت الحديث بلغة غير المفهومة.
- مارست الاستماع النشط، تذكر، أحدُ أهم أعمالك هو الاستماع للوالدين.
- راجعت النقاط الرئيسة للاجتماع وحددت مسار العمل.
- قدمت مصادر إضافية (مثال: المجموعات الداعمة، مراكز المصادر الأسرية، المواقع الإلكترونية).

ماذا فعلت بعد الاجتماع؟

- وثقت نتائج الاجتماع.
- شاركت النتائج مع زُملائك الذين يعملون مع الطالب.
- تابعت مع الوالدين كلما كان ذلك مُمكنا لتُناقش التغيرات.

المرجع:

Kauffman, J.M., Pullen, P.L, Mostert, M.P., & Trent, S.C(2011). Managing classroom behaviors: A reflective case-based approach(5th ed.). Upper Saddle River, NJ:Pearon.

يحتاج المُعلمون إلى تحقيق توازن مُناسب في عرض تجاوزات الطفل أو أعماله الضعيفة أثناء الحديث عنه، وإن لمس الوالدان عصبية المُعلم، فإنهم سيقلقون من العلاج الذي قد يتلقاه الطفل، وقد يُفقد نقل الأخبار الجيدة فقط ثقة الوالدين بالمُعلم، وإن سمع الوالدان الأخبار الجيدة فقط، سيفاجئون عند حدوث أي طارئ خطير.

برامجُ المُلاحظات المنزلية: يُطلق عليها أحيانا برامج الطوارئ المنزلية، وهي طريقة للتواصل مع الوالدين والتأكد من تعزيزهم للسلوك الذي يحدث في المدرسة (Jurbergs, Palcic, & Kelley,

2007; Kelley,1990)، وبتقديم التعزيز المُناسب من قبل الوالدين يستفيد المعلم من حقيقة أن الوالدين لديهم العديد من المُعززات تحت تصرفهم أكثر من تلك الموجودة لدى المعلمين.

يُمكن أن يختار المُعلمون أي نوع من أنواع المُلاحظات المنزلية، (قد يُطور نُسخة إلكترونية من المُلاحظات المنزلية ويُرسلها عبر البريد الإلكتروني أو يضعها في الموقع الإلكتروني).

يتكون برنامج الملاحظات المنزلية النموذجي من استمارة بسيطة يُسجل المُعلم فيها الإجابة المُناسبة من بين "نعم"، و "لا" أو " غير قابل للتطبيق" لتحديد أنماط السلوك (مثال: السلوك الاجتماعي، وإتمام الواجب المنزلي، ودقة الواجب المنزلي، وإتمام العمل الأكاديمي الصفي، ودقة العمل الأكاديمي الصفي). وقد تحتوي الاستمارة أيضا على فراغ للمعلم والوالدين لملئه ببعض التعليقات المُختصرة. يأخذ الطالب الاستمارة إلى المنزل، ليوقع عليها والديه، ويُعيدها في اليوم التالي، ثم يُقدم الوالدان التعزيز المُناسب لأداء الطالب، وغالبا ما يبدأ المعلم بإرسال الملاحظات إلى المنزل في البداية على نحو يومي، ثم يُقلل إرسالها تدريجيا لتصل إلى مرة في الأسبوع.

بالنسبة للمُلاحظات المنزلية، من المهم أن يتفق المعلمون مع الآباء والأمهات على فلسفة الطريقة السلوكية المُختارة لإدارة سلوك الطفل، وإن كان هناك اعتراض على استخدام التعزيز في تشكيل السلوك، فمن المُستبعد أن ينجح برنامج الملاحظات المنزلية.

المُفكرات المُتنقلة: ويتم تبادلها بين المدرسة والمنزل، وهي أسلوب أقل رسمية من أسلوب المُلاحظات المنزلية ويُناسبُ الطلبة الذين يُراجعون أكثر من مُختص على نحو خاص. ويُمَكِنُ هذا الأسلوب المعلم والمُختصون الآخرون كأخصائي الكلام واللغة وأخصائي العلاج الطبيعي من كتابة رسائل مُختصرة للوالدين والعكس صحيح. بالإضافة إلى ذلك، تُتيح المُفكرة المُتنقلة لمُختلف المُختصين فرصة المُحافظة على مسار عمل كل منهم مع الطفل، ويقدم الشكل 14.1 مُقتطفات من المُفكرات المُتنقلة لطفل من ذوي الشلل الدماغي يبلغ الثانية من عمره.

كسب تأييد (مُدافعة) الوالدين Parent Advocacy:

أشرنا في الفصل الأول إلى أن قانون تربية الأفراد ذوي الإعاقة Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) قدم للوالدين عددا من الضمانات المُتعلقة بأطفالهم، فعلى سبيل المثال لا الحصر، ضمن لهم ذلك القانون الحق في جلسات المُحاكمة العادلة، وهي جلسات تُعقد قبل جلسات التوجيه المُنصفة، ولكن وللأسف فإن جلسات المُحاكمة العادلة غالبا ما تكون غير مُريحة للطرفين،

مما قد يترتب عليه قضايا مُكلفة وطويلة الأجل. ففي كل سنة، تصرف مُديريات التربية في الولايات المُتحدة الأمريكية ما يزيد عن 100 مليون دولار لحل النزاعات بين أسر الأطفال ذوي الإعاقات ومُديريات التعليم (Mueller, Singer, & Draper,2008).

على الرغم أحيانا من تجنب فكرة المُوجهة بين الآباء والأمهات والمُختصين، إلا أن كسب التأييد (المُدافعةُ) للوالدين يمكن أن يكون طريقة لتجنب تلك النزاعات، لابد أن يعمل الآباء والأمهات جنبا إلى جنب مع المُختصين في كسب التأييد (المُدافعة)، ويُمكن أن يُسهم كسب التأييد في توفير الخدمات اللازمة أو المُتطورة للأطفال أثناء مُساعدة الآباء والأمهات على التحكم بمُخرجات أطفالهم، كما يُمكن أن يستخدم الآباء والأمهات كسب التأييد (المُدافعة) في مُساعدة أطفالهم جنبا إلى جنب مع الأشخاص الآخرين من ذوي الإعاقة، وقد يتضمن ذلك العمل التطوعي في وظائف استشارية مع المدارس والوكالات بالإضافة إلى النشاط السياسي، كحملات الفرق المدرسية التي تهتم بالقضايا التعليمية ذات الصلة بالطلبة ذوي الإعاقات.

مُبادرة صندوق الدفاع عن حقوق المعوقين في التعليم تهدف إلى تحسين الحقوق المدنية والإنسانية للأشخاص ذوي الإعاقة من خلال كسب التأييد (المُدافعة) القانوني، والتدريب، والتعليم والسياسات العامة وتطوير التشريعات غالبا ما لا يكون لدى جميع الآباء الوقت الكافي للاندماج في مثل هذه الأنشطة، وعلى الرغم من ذلك، قد يكون كسب التأييد أكثر أو أقل ملائمة لبعض الآباء والأمهات في مراحل مُختلفة من تطور أطفالهم، فقد يُشاركُ بعضُ الآباء والأمهات بصعوبة في تلك الجهود حين يكون طفلهم صغيرا ولكن يُستنفذوا مع مرور السنين فتقلُ مُشاركتهم، ومن ناحية أخرى، قد لا يجدُ بعض الآباء والأمهات حاجة للتدخل في مصالح أطفالهم حتى يُواجهوا مُشكلات لاحقة (مثال: عند الانتقال إلى سنوات المُراهقة). النصيحة الأفضل للمُعلمين هي تشجيع الوالدين على كسب التأييد (المُدافعة) لأبنائهم مع احترام ترددهم في أخذ تلك المسؤوليات.

الشكل 14.1 المُفكرة المُتنقلة. تم أخذ المُقتطفات الآتية عشوائيا من المُذكرات الخاصة بلورين البالغة من العمر عامين، وهي طفلة من ذوي الشلل الدماغي، وتم تبادل المُفكرة مع صفها الخاص في مرحلة ما قبل الروضة، وتُقدم المُفكرة نموذجا لحوار استمر بين والدتها ومُعلمتها سارة واخصائي العلاج الوظيفي جون، وأخصائية الكلام واللغة مارتي، وستُلاحظ فيما يلي أنه وعلى الرغم من أن التواصل كان غير رسميا إلا أنه غني بالمعلومات المهمة المتعلقة بلورين.

28/9 سارة

لقد أمضت لورين يوما جيدا خاصا! ثرثرت كثيرا! وكانت مُعبرة جدا بثرثرتها. أعلم أنها قالت "نعم" أو كلمة قريبة منها مرات عدة حين سألتها عما إذا كانت ترغب في شيء ما، كانت لطيفة جدا عند إصدار أصوات الحيوانات خاصة الخنزير والحصان- جربت حقا أن تُصدر تلك الأصوات. كانت تلك أول مرة أُشاهدُ فيها استجابتها وهي مُنطلقة! مشت معي في أرجاء الغرفة، وفي الصالة الرياضية، واستخدمت بعض الأصوات الساكنة والأحرف اللينة (داداداداد، ماماماماما)، وكانت ثرثرتها مُختلفة ومُتقدمة على نحو ملموس.

26/2 سارة

أخبار جيدة! لقد مشت لورين من الغرفة إلى الصالة الرياضية وبالعكس - كما أنها مشت في مُحيط الصالة الرياضية كاملة!

شاهدها عددٌ من المُعلمين من حين لآخر، أخفضت نفسها مرتين تقريبا! ولكنها تماسكت وعادت ونهضت للأعلى من جديد.

3/2 مارتي

كانت حصة النطق الخاصة بلورين عظيمة! فبينما كنا نلعب ببعض الألعاب قالت لي "احتاج إلى مُساعدة" على نحو واضح وضوح النهار. ثم قالت "أريد بسكويت" وفي نهاية الحصة، قلت "سندي لنذهب" على نحو رائع

15/9 سارة

شاهدنا لحظة تبدو مهمة في التواصل اللفظي: جربت أن تقول "اكتفيت" بعد الوجبة، وعلى الرغم من أن أداءها كان ناقصا على أقل تقدير، لكنّني منحتها "أ" على مجهودها، يُرجى تعزيز مثل هذا الأداء بعد الوجبة، يمكنك أن تكتفي بتذكيرها قائلة: "ماذا تقولين بعد الانتهاء من الوجبة؟"

10/1 جون

على الرغم من استجابة لورين لتدريبها على تناول الطعام باستقلالية، إلا أنه من الضروري أن نبدأ باستخدام ملعقة غير مُعدلة في تحقيق ذلك، وفيما يلي الأسباب:

1. حين أُمسك يد لورين كي أُطعمها أحاول توجيه الملعقة من الصحن إلى فمها لتُغلقه عليها، وحين تستخدم لورين الملعقة من غير مُساعدة، فإنها تقلبها لتلعقها أو تُدخل مُقدمتها الأمامية إلى فمها، ثم تمُصُ ما تبقى من الطعام.
2. اعتدنا على تشجيع لورين على أداء الأشياء على نحو "طبيعي"، ولم يسبق أن كان لها كوبا خاص أو كوب أطفال مثلا. صحيح أنها أمضت عاما في الممارسة قبل أن تمكنت من الشرب بشكل جيد من الكوب وكانت تسكب القليل من الكوب بين الحين والآخر، إلا أنها أصبحت أفضل الآن. نحن نُفضل حقا أن نُتيح للورين فُرصة مُمارسة استخدام الملعقة التقليدية حتى لا تعتمد على الأدوات المُعدلة.

29/9 جون

أريد أن أُقدم لها بعض الملاعق المُختلفة في المرة القادمة لأشاهد ما إذا كان بمقدورها أن تكون أكثر استقلالية في الغرف بالملاعق كبيرة القبضات أو الملاعق المُغطاة

ختاماً In Conclusion:

يُميز المُعلمون واسعوا الإطلاع اليوم التأثير الكبير الذي قد يُحدثه الطفل ذي الإعاقة على ديناميكية الأسرة، كما أنهم يُقدرون التأثيرات الإيجابية والسلبية على حد سواء التي يُمكن أن يُظهرها مثل هذا الطفل، ويُدركون بأن أسرة الطفل ذي الإعاقة هي مصدرٌ وفيرٌ لدعم الطفل ومصدرٌ ثمينٌ للمعلومات بالنسبة للمُعلمين. وعلى الرغم من التقدم الكبير في هذا المجال، إلا أن المُختصين بدءوا للتو في استثمار إمكانات الأسر للمساهمة في تطوير أطفالهم ذوي الإعاقة، كما بدءوا بتمكين الأسر بهدف توفير البيئات الداعمة والغنية لأطفالهم، وبدأوا في استثمار خبرات الأسر في تقديم أفضل البرامج المُمكنة لهم.

ملخص الفصل (Summary):

كيف تغير رأي المهنيين في الآباء والأمهات؟

- أصبح رأي المُختصين بالآباء والأمهات أكثر إيجابية من السابق لسببين رئيسين على الأقل:
- أن سلوك الوالدين يُؤثر في سلوك الطفل والعكس صحيح.
- يُمكن أن يكون للأُسر آثار إيجابية على العملية التعليمية.
- لقد أقر الكونغرس الآثار الإيجابية المُحتملة وذلك بتمرير تشريع يقضي بأن تُشارك الأسر في تطوير البرامج التربوية الفردية (IEPs)، وخطط الخدمات الأسرية الفردية (IFSPs).

ما هي الآثار المُترتبة لولادة الطفل ذي الإعاقة على الأُسرة؟

- إن لإضافة الطفل ذي الإعاقة إلى الأسرة آثار كبيرة على ديناميكية الأسرة وأنماط العمل.
- قد تتضمن ردود الفعل الوالدية لولادة الطفل ذي الإعاقة العديد من المظاهر، ويميل الشعور بالذنب (حتى وإن لم يكن مُبررا) لأن يكون الأكثر حدوثا.
- لابد أن يتعامل الآباء والأمهات أيضا مع ردود فعل عامة الناس تجاه طفلهم ذي الإعاقة بالإضافة إلى مشاعر الطفل تجاه وجود الإعاقة لديه.
- تعكس إحدى الدراسات القوية بأن آباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة يُواجهون قدرا كبيرا من التوتر.
- الطريقة التي يتعامل الآباء والأمهات مع الضغوط تعتمد على بنية النفسية السابقة والسعادة الزوجية بالإضافة إلى نوعية وكمية الدعم الاجتماعي الذي يتلقونه.
- تُشير الدراسات الحديثة إلى أن العديد من الآباء والأُمهات يتكيفون على نحو جيد لولادة طفل من ذوي الإعاقة، والبعض يستفيدون من هذه التجربة.
- غالبا ما يمر أخوة وأخوات الأطفال ذوي الإعاقة ببعض الانفعالات التي يمُر بها آباءهم وأمهاتهم.
- يميلُ الأخوة والأخوات من الجنس نفسه وأولئك الذين يُقارب عمرهم عمر الطفل ذي الإعاقة لإظهار صراعات أكبر، أما بالنسبة للأخوة والأخوات الأكبر سنا فهُناك بعض الدلائل التي تُشير بأن النساء لديهن ارتباط أكبر بأخوتهم وأخواتهم من ذوي الإعاقة.
- تيسير الوصول للمعلومات الدقيقة يُساعد الأخوة والأخوات على تحقيق توافق أكثر إيجابية.

ما هي الطُرق الأفضل لمُشاركة الأُسر في العلاج والتعليم؟

- تدعم غالبية السلطات النموذج المبني على الأسرة، والذي تُصبح من خلاله الأسر أكثر مُشاركة في صُنع القرارات ويُقدم المُختصون الدعم للأسر لتحقيق أهدافهم.

تُؤكد غالبية السلطات أيضا على نظرية الأنظمة الأسرية، والتي يتألف أحد نماذجها (نموذج تيرنبل) من سمات الأسرة، والتفاعل الأسري، والوظائف الأسرية، ودورة حياة الأسرة .Turnbull et al., 2006)

الدعم الاجتماعي - الذي يتضمن الدعم الانفعالي والمعلوماتي والمادي (باللوازم) من قبل غير المُختصين والتي تُعدُّ مهمة للأسر.

هناك دلائل على أن بعض مجموعات الأقليات العرقية تُقدم دعما اجتماعيا خاصا.

هناك نمطين شائعين للدعم الاجتماعي هما مجموعات دعم الوالدين، والمواقع الإلكترونية المُخصصة لآباء وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة.

تحليل السلوك الوظيفي (والذي يُحدد سبب حدوث السلوك غير المُناسب)، ودعم السلوك الإيجابي (استخدام التعزيز الإيجابي) والتدخل فيه هما أدوات مهمة للآباء والأمهات الذين لديهم أطفال لديهم المُشكلات السلوكية.

التواصل بين المُختصين والأسر هو أمر مهم لمُشاركة الأسر.

مؤتمرات الوالدين والمُعلم لها قيمة تواصلية هامة، والتهيئة هي مُفتاح لنجاحها.

إن لبرامج المُفكرات المنزلية أهمية في التواصل وهي طريقة يلجأ إليها المُعلمون لتشجيع الآباء والأمهات على تعزيز السلوك الذي يحدث في المدرسة.

المُفكرات المُتنقلة هي طريقة لتواصل أكثر من مُختص واحد مع الوالدين.

كسب التأييد (المُدافعة) الأسري(ة) من الطرق المهمة لمُشاركة الأسر في علاج وتعليم أطفالهم.

من الطرق الشائعة لكسب التأييد المُشاركة النشطة في اجتماعات البرنامج التربوي الفردي.

لابد أن يُشجع المعلمون الوالدين على كسب التأييد ويحترموا خيار الآباء والأمهات الذين لا يرغبوا في المُشاركة بهذه الطريقة.

PERFERENCES

CHAPTER 1

Bateman, B. D. (2007). Law and the conceptual foundations of special education practice. In J. B. Crockett, M. M. Gerber, & T. J. Landrum (Eds.), *Achieving the radical reform of special education: Essays in honor of James M. Kauffman* (pp. 95–114). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Bateman, B. D. (2011). Individual education programs for children with disabilities. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Bateman, B. D., & Linden, M. A. (2006). *Better IEPs: How to develop legally correct and educationally useful programs* (4th ed.). Verona, WI: Attainment.

Board of Education of Hendrick Hudson v. Rowley, 458 U.S. 176 (1982).

Bolger, K. E., & Patterson, C. J. (2001). Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development, 72*, 549–568.

Carr, M. B. (2004, January 4). My son's disability, and my own inability to see it. *The Washington Post*, p. B5.

Crockett, J. B., & Kauffman, J. M. (1999). *The least restrictive environment: Its origins and interpretations in special education*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Crockett, J. B., & Kauffman, J. M. (2001). The concept of the least restrictive environment and learning disabilities: Least restrictive of what? Reflections on Cruickshank's 1977 guest editorial for the *Journal of Learning Disabilities*. In D. P. Hallahan & B. K. Keogh (Eds.), *Research and global perspectives in learning disabilities: Essays in honor of William M. Cruickshank* (pp. 147–166). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Dupre, A. P. (1997). Disability and the public schools: The case against "inclusion." *Washington Law Review, 72*, 775–858.

Earley, P. (2006). *Crazy: A father's search through America's mental health madness*. New York: Penguin.

Gelman, J. A., Pullen, P. L., & Kauffman, J. M. (2004). The meaning of highly qualified and a clear roadmap to accomplishment. *Exceptionality, 12*, 195–207. doi: 10.1207/s15327035ex1204_2

Gerber, M. M. (2011). History. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Gladwell, M. (2008). *Outliers: The story of success*. New York: Little, Brown.

Goin, M. K. (2007, July 8). The wrong place to treat mental illness. *The Washington Post*, p. B7.

Gresham, T. (2007, May 7). Something to cheer about. *The Daily Progress*, pp. E1, E6. Charlottesville, VA.

Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M. (1977). Labels, categories, behaviors: ED, LD, and EMR reconsidered. *Journal of Special Education, 11*, 139–149. doi: 10.1177/002246697701100202

Hallahan, D. P., Lloyd, J. W., Kauffman, J. M., Weiss, M., & Martinez, E. (2005). *Introduction to learning disabilities* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Baltimore: Brookes.

Hendrick, I. G., & MacMillan, D. L. (1989). Selecting children for special education in New York City: William Maxwell, Elizabeth Farrell, and the development of ungraded classes, 1900–1920. *Journal of Special Education, 22*, 395–417. doi: 10.1177/002246698902200402

Heward, W. L. (2003). Ten faulty notions about teaching and learning that hinder the effectiveness of special education. *The Journal of Special Education, 36*, 186–205. doi: 10.1177/002246690303600401

Holmes, M. S. (2004). *Fictions of affliction: Physical disability in Victorian culture*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.

Huefner, D. S. (1994). The mainstreaming cases: Tensions and trends for school administrators. *Educational Administration Quarterly*, 27–55. doi: 10.1177/0013161X94030001003

Huefner, D. S. (2006). *Getting comfortable with special education law: A framework for working with children with disabilities* (2nd ed.). Norwood, MA: Christopher-Gordon.

Hungerford, R. (1950). On locusts. *American Journal of Mental Deficiency, 54*, 415–418.

Itard, J. M. G. (1962). *The wild boy of Aveyron* (G. Humphrey & M. Humphrey, Trans.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Kanner, L. (1964). *A history of the care and study of the mentally retarded*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Kauffman, J. M. (1999a). Today's special education and its messages for tomorrow. *The Journal of Special Education, 32*, 244–254. doi: 10.1177/002246699903200405

Kauffman, J. M. (1999b). How we prevent the prevention of emotional and behavioral disorders. *Behavioral Disorders, 65*, 448–468.

Kauffman, J. M. (2004). The President's commission and the devaluation of special education. *Education and Treatment of Children, 27*, 307–324.

Kauffman, J. M. (2005). Waving to Ray Charles: Missing the meaning of disability. *Phi Delta Kappan, 86*(6), 520–521, 524.

Kauffman, J. M. (2007). Conceptual models and the future of special education. *Education and Treatment of Children, 30*(4), 1–18.

Kauffman, J. M. (2008). 41: Special education. In T. L. Good (Ed.), *21st Century education: A reference handbook* (pp. 405–413). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kauffman, J. M. (2010). *The tragicomedy of public education: Laughing, crying, thinking, fixing*. Verona, WI: Attainment.

Kauffman, J. M., & Brigham, F. J. (2009). *Working with troubled children*. Verona, WI: Attainment.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (1974). The medical model and the science of special education. *Exceptional Children, 41*, 97–102.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (2005a). *Special education: What it is and why we need it*. Boston: Allyn & Bacon.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (Eds.). (2005b). *The illusion of full inclusion: A comprehensive critique of a current special education bandwagon* (2nd ed.). Austin, TX: Pro-Ed.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (2009). Parental choices and ethical dilemmas involving disabilities: Special education and the problem of deliberately chosen disabilities. *Exceptionality, 17*, 45–62. doi: 10.1080/09362830902805756

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (Eds.). (2011). *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Kauffman, J. M., & Hung, L. Y. (2009). Special education for intellectual disability: Current trends and perspectives. *Current Opinion in Psychiatry, 22*, 452–456. doi: 10.1097/YCO.0b013e32832eb5c3

Kauffman, J. M., & Konold, T. R. (2007). Making sense in education: Pretense (including NCLB) and realities in rhetoric and policy about schools and schooling. *Exceptionality, 15*, 75–96. doi: 10.1080/09362830701294151

Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2006). *Children and youth with emotional and behavioral disorders: A history of their education*. Austin, TX: Pro-Ed.

Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2007). Educational service interventions and reforms. In J. W. Jacobson, J. A. Mulick, & J. Rojahn (Eds.), *Handbook of intellectual and developmental disabilities* (pp. 173–188). New York: Springer.

Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2009). Politics, civil rights, and disproportional identification of students with emotional and behavioral disorders. *Exceptionality*. doi: 10.1080/09362830903231903

Kauffman, J. M., Mock, D. R., Tankersley, M., & Landrum, T. J. (2008). Effective service delivery models. In R. J. Morris & N. Mather (Eds.), *Evidence-based interventions for students with learning and behavioral challenges* (pp. 359–378). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Kauffman, J. M., & Wiley, A. L. (2004). How the president's Commission on Excellence in Special Education (PCESE) devalues special education. *Learning Disabilities: A Multidisciplinary Journal, 13*, 3–6.

Lamb, H. R., & Weinberger, L. E. (Eds.). (2001). *Deinstitutionalization: Promise and problems*. San Francisco: Jossey-Bass.

Lloyd, J. W., Forness, S. R., & Kavale, K. A. (1998). Some methods are more effective than others. *Intervention in School and Clinic, 33*, 195–200.

MacMillan, D. L., & Forness, S. R. (1998). The role of IQ in special education placement decisions: Primary and determinative or peripheral and inconsequential? *Remedial and Special Education, 19*, 239–253.

Metzler, I. (2006). *Disability in medieval Europe: Thinking about physical impairment during the Middle Ages, c. 1100–1400*. New York: Routledge.

National Research Council. (2001). *Educating children with autism*. Washington, DC: National Academy Press.

Nomani, A. Q. (2007, April 29). My brother's battle—and mine. *The Washington Post*, p. B2.

Palmer, D. S., Fuller, K., Arora, T., & Nelson, M. (2001). Taking sides: Parents' views on inclusion for their children with severe disabilities. *Exceptional Children, 67*, 467–484.

Pinel, J. P. J. (2006). *Biopsychology* (6th ed.). Boston: Allyn & Bacon/Pearson.

Sacks, S. (2012). *The blank slate: The modern denial of human nature*. New York: Viking.

Kolhoven, R., Laudrum, R., & Walden, T. (2010, November). *"Proficiency for all—An oxymoron*. Paper presented at symposium on "Examining America's commitment to closing achievement gaps: NCLB and its alternatives." Teachers College, Columbia University, New York.

Kozleski, M., Miller, J., & Stewart, A. (2011). Least restrictive environment. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Sarason, S. B. (1990). *The predictable failure of educational reform: Can we change course before it's too late?* San Francisco: Jossey-Bass.

Sitlington, P. L., & Clark, G. M. (2006). *Transition education and services for students with disabilities* (4th ed., p. 88). Boston: Allyn & Bacon/Pearson. Reprinted with permission.

Stichter, J. P., Conroy, M. A., & Kauffman, J. M. (2008). *An introduction to students with high-incidence disabilities*. Upper Saddle River, NJ: Merrill/Pearson.

Torrey, E. F., & Zdanowicz, M. T. (1999, July 9). Deinstitutionalization hasn't worked. "We have lost effectively 93 percent of our state psychiatric hospital beds since 1955." *The Washington Post*. Retrieved from www.psychlaws.org/generalresources/article17.htm

Turnbull, H. R. (2007). A response to Professor Vitello. *Remedial and Special Education, 28*, 69–71. doi: 10.1177/07419325070280020601

U.S. Department of Education. (2006). *Thirtieth annual report to Congress on implementation of the Individuals with Disabilities Education Act*. Washington, DC: Author.

Vitello, S. J. (2007). Shared responsibility reconsidered: A response to Professor Turnbull on IDEIA 2004 accountability and personal responsibility. *Remedial and Special Education, 28*, 66–68. doi: 10.1177/07419325070280020401

Walker, H. M., & Sprague, J. R. (2007). Early, evidence-based intervention with school-related behavior disorders: Key issues, continuing challenges, and promising practices. In J. B. Crockett, M. M. Gerber, & T. J. Landrum (Eds.), *Achieving the radical reform of special education: Essays in honor of James M. Kauffman* (pp. 37–55). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Warnock, M. (2005). *Special educational needs: A new look* (Impact No. 11). London: Philosophy of Education Society of Great Britain.

Welch, E. M., Barton, E. R., Zhuo, J., Tomizawa, Y., Friesen, W. J., Trifillis, P., et al. (2007). PTC124 targets genetic disorders caused by nonsense mutations. Retrieved from www.nature.com/nature/journal/vaop/ncurrent/abs/nature05756.html

Winzer, M. A. (1993). *The history of special education: From isolation to integration*. Washington, DC: Gallaudet University Press.

Wolfensberger, W. (1972). *The principle of normalization in human services*. Toronto: National Institute on Mental Retardation.

Yell, M. L. (2006). *The law and special education* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Yell, M. L., & Drasgow, E. (2005). *No child left behind: A guide for professionals*. Upper Saddle River, NJ: Merrill/Pearson.

Yell, M. L., Katsiyannis, A., & Bradley, M. R. (2011). The Individuals with Disabilities Education Act: The evolution of special education law. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Yell, M. L., Rogers, D., & Rogers, E. L. (1998). The legal history of special education: What a long, strange trip it's been! *Remedial and Special Education, 19*, 219–228.

Zelder, E. Y. (1953). Public opinion and public education for the exceptional child—court decisions 1873–1950. *Exceptional Children, 19*, 187–198.

Zigmond, N. (2007). Delivering special education is a two-person job: A call for unconventional thinking. In J. B. Crockett, M. M. Gerber, & T. J. Landrum (Eds.), *Achieving the radical reform of special education: Essays in honor of James M. Kauffman* (pp. 115–137). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Zigmond, N., & Kloo, A. (2011). General and special education are (and should be) different. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Zigmond, N., Kloo, A., & Volonino, V. (2009). What, where, and how? Special education in the climate of full inclusion. *Exceptionality, 17*, 189–204. doi: 10.1080/09362830903231986

CHAPTER 2

Anastasiou, D., & Keller, C. (2011). International differences in provision for exceptional learners. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Bateman, B. D. (2007). Law and the conceptual foundations of special education practice. In J. B. Crockett, M. M. Gerber, & T. J. Landrum (Eds.), *Achieving the radical reform of special education: Essays in honor of James M. Kauffman* (pp. 95–114). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Bateman, B. D. (2011). Individual education programs for children with disabilities. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Bateman, B. D., & Linden, M. A. (2006). *Better IEPs: How to develop legally correct and educationally useful programs* (4th ed.). Verona, WI: Attainment.

Bradley, A. G., & Vaughn, S. (2007). Response to intervention as a framework for prevention and identification of learning disabilities: Which comes first, identification or intervention? In J. B. Crockett, M. M. Gerber, & T. J. Landrum (Eds.), *Achieving the radical reform of special education: Essays in honor of James M. Kauffman* (pp. 15–35). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Brolin, D. E., & Loyd, R. J. (2004). *Career development and transition services: A functional life skills approach* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Browder, D. M., Wood, W. M., Test, D. W., Karvonen, M., & Algozzine, B. (2001). Reviewing resources on self-determination: A map for teachers. *Remedial and Special Education, 22*, 233–244. doi: 10.1177/074193250102200407

Chambers, C. R., Wehmeyer, M. L., Saito, Y., Lida, K. M., Lee, Y., & Singh, V. (2007). Self-determination: What do we know? Where do we go? *Exceptionality, 15*, 3–15. doi: 10.1207/s15327035ex1501_2

Cheney, D., Flower, A., & Templeton, T. (2008). Applying Response to Intervention metrics in the social domain for students at risk of developing emotional or behavioral disorders. *Journal of Special Education, 42*(2), 108–126.

Cook, B. G., & Friend, M. (1998). Co-teaching: Guidelines for creating effective practices. In E. L. Meyen, G. A. Vergason, & R. J. Whelan (Eds.), *Educating students with mild disabilities: Strategies and methods* (2nd ed., pp. 453–479).

Cook, B. G., McDuffie, K. A., Oshita, L., & Cook, S. C. (2011). Co-teaching for students with disabilities: A critical analysis of the empirical literature. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Council for Exceptional Children. (2005). *What every special educator must know* (5th ed.). Reston, VA: Author.

Crockett, J. B., & Kauffman, J. M. (1999). *The least restrictive environment: Its origins and interpretations in special education*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Crockett, J. B., & Kauffman, J. M. (2001). The concept of the least restrictive environment and learning disabilities: Least restrictive of what? Reflections on Cruickshank's 1977 guest editorial for the *Journal of Learning Disabilities*. In D. P. Hallahan & B. K. Keogh (Eds.), *Research and global perspectives in learning disabilities: Essays in honor of William M. Cruickshank* (pp. 147–166). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Cronin, M. E. (2000). Instructional strategies. In P. L. Sitlington, G. M. Clark, & O. P. Kolstoe (Eds.), *Transition education and services for adolescents with disabilities* (3rd ed., pp. 255–283). Boston: Allyn & Bacon/Pearson.

Cruickshank, W. M. (1977). Guest editorial. *Journal of Learning Disabilities, 10*, 193–194. doi: 10.1177/002221947701000401

Dolson, G. J., Mesmer, E. M., Atkins, M. E., Burgess, L. A., & Olinger, E. S. (2010). Quantifying intervention intensity: A systematic approach to evaluating student response to increasing intervention frequency. *Journal of Behavioral Education, 19*, 1–18.

Earley, P. (2006). *Crazy: A father's search through America's mental health madness*. New York: Penguin.

Esquith, R. (2007). *Teach like your hair's on fire: The methods and madness inside room 56*. New York: Viking.

Everson, J. M., & Trowbridge, M. H. (2011). Preparing students with low-incidence disabilities for community living opportunities. In D. P. Hallahan & J. M. Kauffman (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Fairbanks, S., Sugai, G., Guardino, D., & Lathrop, M. (2007). Response to intervention: Examining classroom behavior support in second grade. *Exceptional Children, 73*, 288–310.

Falk, K. B., & Wehby, J. H. (2001). The effects of peer-assisted learning strategies on the beginning reading skills of young children with emotional or behavioral disorders. *Behavioral Disorders, 26*, 344–359.

Finn, C. E., Jr., Rotherham, A. J., & Hokanson, C. R., Jr. (Eds.). (2001). *Rethinking special education for a new century*. New York: Thomas B. Fordham Foundation.

Fuchs, D., & Fuchs, L. S. (1994). Inclusive schools movement and the radicalization of special education reform. *Exceptional Children, 60*, 294–309.

Fuchs, D., Fuchs, L. S., & Stecker, P. M. (2010). The "blurring" of special education in a new continuum of general education placements and services. *Exceptional Children, 76*, 301–323.

Fuchs, D., Fuchs, L. S., Thompson, A., Svenson, E., Yen, L., Otaiba, S. A., et al. (2001). Peer-assisted learning strategies in reading: Extensions for kindergarten, first grade, and high school. *Remedial and Special Education, 22*, 15–21. doi: 10.1177/074193250102200103

Fuchs, D., Mock, D., Morgan, P. L., & Young, C. L. (2003). Responsiveness-to-intervention: Definitions, evidence, and implications for the

learning disabilities construct. *Learning Disabilities Research and Practice, 18,* 157–171. doi:10.1111/1540-5826.00072

Fuchs, L. S., Fuchs, D., Compton, D. L., Bryant, J. D., Hamlett, C. L., & Seethaler, P. M. (2007). Mathematics screening and progress monitoring at first grade: Implications for responsiveness-to-intervention. *Exceptional Children, 73,* 311–330.

Fulk, B. M., & King, K. (2001). Classwide peer tutoring at work. *Teaching Exceptional Children, 34*(2), 49–53.

Gardner, R., Cartledge, G., Seidl, B., Woolsey, M. L., Schley, G. S., & Utley, C. A. (2001). Mt. Olivet after-school program: Peer-mediated interventions for at-risk students. *Remedial and Special Education, 22,* 22–33. doi:10.1177/074193250102200104

Gibb, G. S., & Dyches, T. T. (2007). *Guide to writing quality individualized education programs* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon/Pearson.

Gliona, M. F., Gonzales, A. K., & Jacobson, E. S. (2005). Dedicated, not segregated: Suggested changes in thinking about instructional environments and the language of special education. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *The illusion of full inclusion: A comprehensive critique of a current special education bandwagon* (2nd ed., pp. 135–146). Austin, TX: Pro-Ed.

Goin, M. K. (2007, July 8). The wrong place to treat mental illness. *The Washington Post,* p. B7.

Goodman, E. (2007, May 29). Wheels competing with feet. *The Charlottesville Daily Progress,* p. A8.

Greene, G., & Kochhar-Bryant, C. A. (2003). *Pathways to successful transition for youth with disabilities.* Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Greenwood, C. R., Arreaga-Mayer, C., Utley, C. A., Gavin, K. M., & Terry, B. (2001). Classwide peer tutoring learning management system: Applications with elementary-level English language learners. *Remedial and Special Education, 22,* 34–47. doi:10.1177/074193250102200105

Hallahan, D. P. (2007). Learning disabilities: Whatever happened to intensive instruction? *LDA Newsbriefs, 42*(1), 1, 3–4, 24.

Hallahan, D. P., Lloyd, J. W., Kauffman, J. M., Weiss, M., & Martinez, E. (2005). *Introduction to learning disabilities* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon/Pearson.

Hockenbury, J. C., Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (1999–2000). What's right about special education? *Exceptionality, 8*(1), 3–11.

Hoover, J. J., & Patton, J. R. (2004). Differentiating standards-based education for students with diverse needs. *Remedial and Special Education, 25,* 74–78. doi:10.1177/07419325040250020101

Huefner, D. S. (2006). *Getting comfortable with special education law: A framework for working with children with disabilities* (2nd ed.). Norwood, MA: Christopher Gordon.

Hughes, W., Wood, W. M., Konrad, M., & Test, D. W. (2006). Get a life: Students practice being self-determined. *Teaching Exceptional Children, 38*(5), 57–63.

Hungerford, R. (1950). On locusts. *American Journal of Mental Deficiency, 54,* 415–418.

Itard, J. M. G. (1962). *The wild boy of Aveyron* (G. Humphrey & M. Humphrey, Trans.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Johns, B. H. (2003). NCLB and IDEA: Never the twain should meet. *Learning Disabilities: A Multidisciplinary Journal, 12*(3), 89–91.

Jones, M. (2006). Teaching self-determination: Empowered teachers, empowered students. *Teaching Exceptional Children, 39*(1), 12–17.

Kauffman, J. M. (1995). Why we must celebrate a diversity of restrictive environments. *Learning Disabilities Research and Practice, 10,* 225–232.

Kauffman, J. M. (1999–2000). The special education story: Obituary, accident report, conversion experience, reincarnation, or none of the above? *Exceptionality, 8*(1), 61–71.

Kauffman, J. M. (2002). *Education deform: Bright people sometimes say stupid things about education.* Lanham, MD: Scarecrow Education.

Kauffman, J. M. (2004). The president's commission and the devaluation of special education. *Education and Treatment of Children, 27,* 307–324.

Kauffman, J. M. (2005). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Kauffman, J. M. (2007). Conceptual models and the future of special education. *Education and Treatment of Children, 30*(4), 1–18. doi:10.1353/etc.2007.0024

Kauffman, J. M., Bantz, J., & McCullough, J. (2002). Separate and better: A special public school class for students with emotional and behavioral disorders. *Exceptionality, 10,* 149–170.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (1997). A diversity of restrictive environments: Placement as a problem of social ecology. In J. W. Lloyd, E. J. Kameenui, & D. Chard (Eds.), *Issues in educating students with disabilities* (pp. 325–342). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (2005a). *Special education: What it is and why we need it.* Boston: Allyn & Bacon/Pearson.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (Eds.) (2005b). *The illusion of full inclusion: A comprehensive critique of a current special education bandwagon* (2nd ed.). Austin, TX: Pro-Ed.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (2009). Parental choices and ethical dilemmas involving disabilities: Special education and the problem of deliberately chosen disabilities. *Exceptionality, 17,* 1–16.

Kauffman, J. M., & Konold, T. R. (2007). Making sense in education: Pretense (including NCLB) and realities in rhetoric and policy about schools and schooling. *Exceptionality, 15,* 75–96.

Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2007). Educational service interventions and reforms. In J. W. Jacobson, J. A. Mulick, & J. Rojahn (Eds.), *Handbook of intellectual and developmental disabilities* (pp. 173–188). New York: Springer.

Kauffman, J. M., McGee, K., & Brigham, M. (2004). Enabling or disabling? Observations on changes in the purposes and outcomes of special education. *Phi Delta Kappan, 85,* 613–620.

Kauffman, J. M., Mock, D. R., Tankersley, M., & Landrum, T. J. (2008). Effective service delivery models. In R. J. Morris & N. Mather (Eds.), *Evidence-based interventions for students with learning and behavioral challenges* (pp. 359–378). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Kauffman, J. M., Mostert, M. P., Trent, S. C., & Pullen, P. L. (2006). *Managing classroom behavior: A reflective case-based approach* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon/Pearson.

Kauffman, J. M., & Pullen, P. L. (1996). Eight myths about special education. *Focus on Exceptional Children, 28*(5), 7–8. Reprinted with permission.

Kauffman, J. M., & Sasso, G. M. (2006a). Certainty, doubt, and the reduction of uncertainty: A rejoinder. *Exceptionality, 14,* 109–120.

Kauffman, J. M., & Sasso, G. M. (2006b). Toward ending cultural and cognitive relativism in special education. *Exceptionality, 14,* 65–90.

Kauffman, J. M., & Wiley, A. L. (2004). How the President's Commission on Excellence in Special Education (PCESE) devalues special education. *Learning Disabilities: A Multidisciplinary Journal, 13,* 3–6.

Kavale, K. A., Kauffman, J. M., & Bachmeier, R. J. (2007). *The politics of response-to-intervention and reality surrounding the identification of specific learning disability.* Manuscript submitted for publication.

Kourea, L., Cartledge, G., & Musti-Rao, S. (2007). Improving reading skills of urban elementary students through total class peer tutoring. *Remedial and Special Education, 28,* 95–107. doi: 10.1177/07419325070280020801

Lamb, H. R., & Weinberger, L. E. (Eds.) (2001). *Deinstitutionalization: Promise and problems.* San Francisco: Jossey-Bass.

Landrum, T. J., & Kauffman, J. M. (2006). Behavioral approaches to classroom management. In C. M. Evertson & C. S. Weinstein (Eds.), *Handbook of classroom management: Research, practice, and contemporary issues* (pp. 47–71). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Lazarus, S. S., Thurlow, M. L., Lail, K. E., & Christensen, L. (2009). A longitudinal analysis of state accommodations policies: Twelve years of change 1993–2005. *Journal of Special Education, 43*(2), 67–80.

Lloyd, J. W., & Hallahan, D. P. (2007). Advocacy and reform of special education. In J. B. Crockett, M. M. Gerber, & T. J. Landrum (Eds.), *Achieving the radical reform of special education: Essays in honor of James M. Kauffman* (pp. 245–263). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Maheady, L., Harper, G. F., & Mallette, B. (2001). Peer-mediated instruction and interventions with students with mild disabilities. *Remedial and Special Education, 22,* 4–14. doi:10.1177/074193250102200102

Martin, E. W. (1995). Case studies on inclusion: Worst fears realized. *The Journal of Special Education, 29,* 192–199.

Mercer, C. D., Mercer, A. R., & Pullen, P. C. (2011). *Teaching students with learning problems,* eighth edition. Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Miller, S. P. (2002). *Validated practices for teaching students with diverse needs and abilities.* Boston: Allyn & Bacon/Pearson.

Mock, D. R., & Kauffman, J. M. (2002). Preparing teachers for full inclusion: Is it possible? *The Teacher Educator, 37,* 202–215. doi:10.1080/08878730209555294

Mock, D. R., & Kauffman, J. M. (2005). The delusion of full inclusion. In J. W. Jacobson, J. A. Mulick, & R. M. Foxx (Eds.), *Fads: Dubious and improbable treatments for developmental disabilities* (pp. 113–128). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Moon, M. S. (2011). Section X editor: Transition of adults with low incidence disabilities. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education.* New York: Routledge.

Moon, M. S., & Inge, K. (2000). Vocational preparation and transition. In M. E. Snell & F. Brown (Eds.), *Instruction of students with severe disabilities* (5th ed., pp. 591–628). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Pearson.

Moore, T. (2007, January 19). Classroom distinctions. *The New York Times,* p. A27.

Mostert, M. P., Kavale, K. A., & Kauffman, J. M. (Eds.). (2008). *Challenging the refusal of reasoning in special education.* Denver, CO: Love.

Nomani, A. Q. (2007, April 29). My brother's battle—and mine. *The Washington Post,* p. B2.

Noonan, M. J., & McCormick, L. (2006). *Young children with disabilities in natural*

environments: Methods and procedures. Baltimore: Brookes.

O'Connor, R. E., & Sanchez, V. (2011). Responsiveness to intervention models for reducing reading difficulties and identifying learning disability. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education.* New York: Routledge.

Osborne, J. G. (2005). Person centered planning: a *faux fixe* in the service of humanism? In J. W. Jacobson, J. A. Mulick & J. Rojahn (Eds.), *Handbook of intellectual and developmental disabilities* (pp. 313–329). New York: Springer.

Palmer, S. B., & Wehmeyer, M. L. (2003). Promoting self-determination in early elementary school: Teaching self-regulated problem-solving and goal-setting skills. *Remedial and Special Education, 24,* 115–126. doi:10.1177/07419325030240020601

Pierangelo, R., & Giuliani, G. A. (2006). *Assessment in special education: A practical approach* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon/Pearson.

Pisha, B., & Coyne, P. (2001). Smart from the start: The promise of universal design for learning. *Remedial and Special Education, 22,* 197–203. doi:10.1177/074193250102200402

Powers, L. E., Garner, T., Valnes, B., Squire, P., Turner, A., Couture, T., et al. (2007). Building a successful adult life: Findings from youth-directed research. *Exceptionality, 15,* 45–56. doi:10.1207/s15327035ex1501_5

Pugach, M. C., & Warger, C. L. (2001). Curriculum matters: Raising expectations for students with disabilities. *Remedial and Special Education, 22,* 194–196. doi:10.1177/074193250102200401

Rothstein, R., Jacobsen, R., & Wilder, T. (2006, November). *"Proficiency for all"—An oxymoron.* Paper presented at symposium on *Examining America's commitment to closing achievement gaps: NCLB and its alternatives.* Teachers College, Columbia University, New York.

Rozalski, M., & Miller, J. (2011). Least restrictive environment. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education.* New York: Routledge.

Sasso, G. M. (2001). The retreat from inquiry and knowledge in special education. *The Journal of Special Education, 34,* 178–193.

Sasso, G. M. (2007). Science and reason in special education: The legacy of Derrida and Foucault. In J. B. Crockett, M. M. Gerber, & T. J. Landrum (Eds.), *Achieving the radical reform of special education: Essays in honor of James M. Kauffman* (pp. 143–167). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Scanlon, D. J. (2011). Section IX editor. Transition of adults with high incidence disabilities. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education.* New York: Routledge.

Schwartz, A. A., Jacobson, J. W., & Holburn, S. C. (2000). Defining person centeredness: Results of two consensus methods. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 35,* 235–249.

Scruggs, T. E., Mastropieri, M. A., & McDuffie, K. A. (2007). Co-teaching in inclusive classrooms: A metasynthesis of qualitative research. *Exceptional Children, 73,* 392–416.

Shogren, K. A., Wehmeyer, M. L., Palmer, S. B., Soukup, J. H., Little, T. D., Garner, N., et al. (2007). Examining individual and ecological predictors of the self-determination of students with disabilities. *Exceptional Children, 73,* 488–509.

Simpson, R. L., & Kauffman, J. M. (2007). Inclusão de alunos deficientes em salas de aula regulares (Inclusion of students with disabilities in general education). In J. M. Kauffman & J. A. Lopes (Eds.), *Pode a educação especial deixar de ser especial?* (pp. 167–190). Braga, Portugal: Psiquilíbrios Edições.

Siperstein, G. N., Parker, R. C., Bardon, J. N., & Widaman, K. F. (2007). A national study of youth attitudes toward the inclusion of students with intellectual disabilities. *Exceptional Children, 73,* 435–455.

Sitlington, P. L., & Clark, G. M. (2006). *Transition education and services for students with disabilities* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon/Pearson.

Spooner, F., Baker, J. N., Harris, A. A., Ahlgrim-Delzell, L., & Browder, D. M. (2007). Effects of training in universal design for learning on lesson plan development. *Remedial and Special Education, 28,* 108–116. doi:10.1177/07419325070280020101

Thurlow, M. L. (2000). Standards-based reform and students with disabilities: Reflections on a decade of change. *Focus on Exceptional Children, 33*(3), 1–16.

Thurlow, M. L. (2010). Special issue: Testing students with disabilities. *Applied Measurement in Education, 23,* 121–131.

Thurlow, M. L., Nelson, J. R., Teelucksingh, W., & Draper, I. L. (2001). Multiculturalism and disability in a results-based educational system: Hazards and hopes for today's schools. In C. A. Utley & F. E. Obiakor (Eds.), *Special education, multicultural education, and school reform: Components of quality education for learners with mild disabilities* (pp. 155–172). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Thurlow, M., & Quenemoen, R. F. (2011). Standards-based reforms and students with disabilities. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education.* New York: Routledge.

Tomlinson, C. A. (2001). *How to differentiate instruction in mixed-ability classrooms* (2nd ed.). Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.

Torrey, E. F., & Zdanowicz, M. T. (1998, July 9). Deinstitutionalization hasn't worked: "We have lost effectively 93 percent of our state psychiatric hospital beds since 1955." *The Washington Post.* Retrieved from www.psychlaws.org/generalresources/article17.htm

U.S. Department of Education. (1995). *Seventeenth annual report to Congress on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act.* Washington, DC: Author. Retrieved from http://www.ed.gov/about/reports/annual/osep/2002/index.html

U.S. Department of Education. (2005). *Twenty-seventh annual report to Congress on implementation of the Individuals with Disabilities Education Act.* Washington, DC: Author.

U.S. Department of Education. (2009). *Twenty-eighth annual report to Congress on implementation of the Individuals with Disabilities Education Act.* Washington, DC: Author.

Walsh, J. M., & Jones, B. (2004). New models of cooperative teaching. *Teaching Exceptional Children, 36*(5), 14–20.

Warnock, M. (2005). *Special educational needs: A new look. Impact No. 11.* London: Philosophy of Education Society of Great Britain.

Wolfensberger, W. (1972). *The principle of normalization in human services.* Toronto: National Institute on Mental Retardation.

Yell, M. L. (2006). *The law and special education* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Yell, M., & Crockett, J. B. (2011). Free appropriate public education. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education.* New York: Routledge.

Yell, M. L., & Drasgow, E. (2005). *No child left behind: A guide for professionals.* Upper Saddle River, NJ: Merrill/Pearson.

Zigmond, N. (2003). Where should students with disabilities receive special education services? Is one place better than another? *The Journal of Special Education, 37,* 193–199. doi:10.1177/00224669030370030901

Zigmond, N. (2007). Delivering special education is a two-person job: A call for unconventional thinking. In J. B. Crockett, M. M. Gerber, & T. J. Landrum (Eds.), *Achieving the radical reform of special education: Essays in honor of James M. Kauffman* (pp. 115–137). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Zigmond, N., & Kloo, A. (2011). General and special education are (and should be) different. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education.* New York: Routledge.

CHAPTER 3

Abedi, J., Hofstetter, C., & Lord, C. (2004). Assessment accommodations for English language learners: Implications for policy-based empirical research. *Review of Educational Research, 74,* 1–28. doi:10.3102/00346543074001001

Ahlberg, M. (2004). Concept maps: Theory, methodology, technology. *Proceedings of the First International Conference on Concept Mapping.* Pamplona, Spain.

Albus, D., Thurlow, M., Liu, K., & Bielinski, J. (2005). Reading test performance of English-language learners using an English Dictionary. *The Journal of Educational Research, 98,* 245–254. doi:10.3200/JOER.98.4.245-256

Anastasiou, D., Gardner, R., & Michail, D. (2011). Ethnicity and exceptionality. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education.* New York: Routledge.

Armendariz, F., & Umbreit, J. (1999). Using active responding to reduce disruptive behavior in a general education classroom. *Journal of Positive Behavior Interventions, 1,* 152–158.

Artiles, A. J., Rueda, R., Salazar, J. J., & Higareda, I. (2005). Within-group diversity in minority disproportionate representation: English language learners in urban school districts. *Exceptional Children, 71,* 283–300.

Artiles, A. J., Trent, S. C., Hoffman-Kipp, P., & Lopez-Torres, L. (2000). From individual acquisition to cultural-historical practices in multicultural teacher education. *Remedial and Special Education, 21,* 79–89, 120. doi:10.1177/074193250002100203

Associated Press. (2004, April 18). Gay teens harassed at school: Persecution leads to law. *Charlottesville Daily Progress,* p. A11.

Banks, J. A. (2006). *Cultural diversity and education: Foundations, curriculum, and teaching* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon/Pearson.

Banks, J. A., & Banks, C. A. (2007). *Multicultural education: Issues and perspectives* (6th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Banks, J. A., & Banks, C. A. (2010). *Multicultural education: Issues and perspectives* (7th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Bateman, B. D. (1994). Who, how, and where: Special education's issues in perpetuity. *The Journal of Special Education, 27,* 509–520. doi:10.1177/002246699402700410

Bell, K. (2001). GLSEN in tough times: Training educators about LGBT issues in a challenging

political, economic, and educational climate. *Beyond Behavior, 11*(2), 29–30.

Bennett, L. (2000). Equality by design: Three charter schools try new approaches to integration. *Teaching Tolerance, 17*, 43–49.

Calhoon, M. B., Al Otaiba, S., Cihak, D., King, A., & Avalos, A. (2007). Effects of a peer-mediated program on reading skill acquisition for two-way bilingual first-grade classrooms. *Learning Disability Quarterly, 30*, 169–184.

Calhoon, M. B., Al Otaiba, S., Greenberg, D., King, A., & Avalos, A. (2006). Improving reading skills in predominantly Hispanic Title I first-grade classrooms: The promise of peer-assisted learning strategies. *Learning Disabilities Research & Practice, 21*, 261–272. doi:10.1111/j.1540-5826.2006.00222.x

Cartledge, G. (2004). Another look at the impact of changing demographics on public education for culturally diverse learners with behavior problems: Implications for teacher preparation. In L. M. Bullock & R. A. Gable (Eds.), *Quality personnel preparation in emotional/behavioral disorders: Current perspectives and future directions* (pp. 64–69). Denton, TX: Institute for Behavioral and Learning Differences at the University of North Texas.

Cartledge, G., & Kourea, L. (2008). Culturally responsive classrooms for culturally diverse students with and at risk for disabilities. *Exceptional Children, 74*, 351–371.

Cartledge, G., & Loe, S. A. (2001). Cultural diversity and social skill instruction. *Exceptionality, 9*, 33–46. doi:10.1207/S15327035EX091&2_4

Cho, S., Singer, G. H. S., & Brenner, M. (2000). Adaptation and accommodation to young children with disabilities: A comparison of Korean and Korean American parents. *Topics in Early Childhood Special Education, 20*, 236–249. doi:10.1177/027112140002000404

Christle, C. A., & Schuster, J. W. (2003). The effects of using response cards on student participation, academic achievement, and on-task behavior during whole-class math instruction. *Journal of Behavioral Education, 12*, 147–165.

Chularut, P., & DeBacker, T. (2003). The influence of concept mapping on achievement, self-regulation, and self-efficacy in students of English as a second language. *Contemporary Educational Psychology, 29*, 248–263. doi:10.1016/j.cedpsych.2003.09.001

Cloud, N. (2002). Culturally and linguistically responsive instructional planning. In A. J. Artiles and A. A. Ortiz (Eds.), *English language learners with special education needs: Identification, assessment and instruction*. McHenry, IL: Center for Applied Linguistics.

Collins, K. (2000). No place for bigotry: An anti-bias club changes the atmosphere at a suburban high school. *Teaching Tolerance, 17*, 26–27.

Cakat, E. F., & Kranzler, J. H. (2007). Effects of instructions on curriculum-based measurement of reading. *Journal of Psychoeducational Assessment, 24*, 318–328. doi:10.1177/0734282906287830

Council for Exceptional Children. (2000). Improving results for culturally and linguistically diverse students. *Research Connections in Special Education, 7*.

Coutinho, M. J., & Oswald, D. P. (2000). Disproportionate representation in special education: A synthesis and recommendations. *Journal of Child and Family Studies, 9*, 135–156. doi:10.1023/A:1009462820157

Coutinho, M. J., & Oswald, D. P. (2011). Gender and exceptionality. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Cushner, K., McClelland, A., & Safford, P. (2006). *Human diversity in education: An interactive approach* (5th ed.). Boston: McGraw-Hill.

Dadurka, D. (2011, April 22). Rollins's life, work honored. *Charlottesville Daily Progress*, p. A1.

Daley, T. C., & Carlson, E. (2009). Predictors of change in eligibility status among preschoolers in special education. *Exceptional Children, 75*, 412–426.

De Melendez, W. R., & Beck, V. (2010). *Teaching young children in multicultural classrooms: Issues, concepts, and strategies* (2nd ed.). Clifton Park, NY: Thomson Delmar.

Denton, C. A., Anthony, J. L., Parker, R., & Hasbrouck, J. E. (2004). The effects of two tutoring programs on the English reading development of Spanish-English bilingual students. *Elementary School Journal, 104*, 289–305.

Elksnin, L. K., & Elksnin, N. (2000). Teaching parents to teach their children to be prosocial. *Intervention in School and Clinic, 36*, 27–35. doi:10.1177/105345120003600104

Ellis, B. (2000). Finding my stride: A gay student takes the bold step of being true to himself. *Teaching Tolerance, 17*, 40–41.

Evertson, C. M., & Weinstein, C. S. (Eds.). (2006). *Handbook of classroom management: Research, practice, and contemporary issues*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Fuchs, D., Fuchs, L. S., & Compton, D. L. (2004). Identifying reading disabilities by responsiveness to instruction: Specifying measures and criteria. *Learning Disabilities Quarterly, 27*, 216–227. doi:10.2307/1593674.

Fujiura, G. T., & Yamaki, K. (2000). Trends in demography of childhood poverty and disability. *Exceptional Children, 66*, 187–199.

Fulk, B. M., & King, K. (2001). Classwide peer tutoring at work. *Teaching Exceptional Children, 34*(2), 49–53.

Gallucci, J. P. (2000). Signs of remembrance: A school for the deaf celebrates Día de los Muertos. *Teaching Tolerance, 18*, 30–31.

Gelman, J. A., Pullen, P. L., & Kauffman, J. M. (2005). The meaning of highly qualified and a clear roadmap to accomplishment. *Exceptionality, 12*, 195–207. doi:10.1207/s15327035ex1204_2

George, C. C. & Vannest, K. J. (2009). The participation in high stakes assessment of students with emotional and behavioral disorders: Implications for teachers. *Beyond Behavior, 18*, 33–39.

Gersten, R., & Baker, S. (2000). What we know about effective instructional practices for English-language learners. *Exceptional Children, 66*, 454–470.

Gersten, R., Brengelman, S., & Jimenez, R. (1994). Effective instruction for culturally and linguistically diverse students: A reconceptualization. *Focus on Exceptional Children, 27*(1), 1–16.

Gollnick, D. M., & Chinn, P. C. (2006). *Multicultural education in a pluralistic society* (7th ed.). New York: Macmillan.

Good, R. H., & Kaminski, R. A. (Eds.). (2002). *Dynamic Indicators of Basic Early Literacy Skills* (6th ed.). Eugene, OR: Institute for the Development of Educational Achievement. Available: http://dibels.uoregon.edu

Good, T. L., & Nichols, S. L. (2001). Expectancy effects in the classroom: A special focus on improving the reading performance of minority students in first grade classrooms. *Educational Psychologist, 36*, 113–126.

Greenwood, C. R., Arreaga-Mayer, C., Utley, C. A., Gavin, K. M., & Terry, B. J. (2001). Classwide peer tutoring learning management system: Applications with elementary-level English language learners. *Remedial and Special Education, 22*, 34–47. doi:10.1177/074193250102200105

Greenwood, C. R., Hart, B., Walker, D., & Risely, T. (1994). The opportunity to respond and academic performance revisited: A behavioral theory of developmental retardation and its prevention. In R. Gardner, D. M. Sainato, J. O. Cooper, T. E. Heron, W. L. Heward, J. Eshleman, & T. A. Grossi (Eds.), *Behavior analysis in education: Focus on measurably superior instruction* (pp. 213–223). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Gunn, B., Smolkowski, K., Biglan, A., Black, C., & Blair, J. (2005). Fostering the development of reading skill through supplemental instruction: Results for Hispanic and non-Hispanic students. *The Journal of Special Education, 39*, 66–85. doi:10.1177/00224669050390020301

Hallahan, D. P., Lloyd, J. W., Kauffman, J. M., Weiss, M., & Martinez, E. (2005). *Introduction to learning disabilities* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Hammill, D. D. (2004). What we know about correlates of reading. *Exceptional Children, 70*, 453–468.

Heward, W. L. (2003). Ten faulty notions about teaching and learning that hinder the effectiveness of special education. *The Journal of Special Education, 36*, 186–205. doi:10.1177/002246690303600401

Hicks, M. A. (2005). Lessons from rental care: The struggle to create seeing communities. Educational Studies, 38, 120–126. doi:10.1207/s15326993es3802_4

Horwitz, S. (1998, April 5). Lessons in black and white: crossing color lines in room 406 with Miss Kay and her kids. *The Washington Post*, p. F1.

Hosp, J. L., & Reschly, D. J. (2004). Disproportionate representation of minority students in special education: Academic, demographic, and economic predictors. *Exceptional Children, 70*, 185–199.

Kauffman, J. M. (2001). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youths* (7th ed.). New York: Merrill/Pearson.

Kauffman, J. M. (2003). Appearances, stigma, and prevention. *Remedial and Special Education, 24*, 195–198. doi:10.1177/07419325030240040201

Kauffman, J. M., Conroy, M., Gardner, R., & Oswald, D. (2008). Cultural sensitivity in the application of behavior principles to education. *Education and Treatment of Children, 31*, 239–262.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (2005). *Special education: What it is and why we need it.* Boston: Allyn & Bacon/Pearson.

Kauffman, J. M., & Konold, T. R. (2007). Making sense in education: Pretense (including NCLB) and realities in rhetoric and policy about schools and schooling. *Exceptionality, 15*, 75–96.

Kauffman, J. M., & Landrum, T. (2009). Politics, civil rights, and disproportional identification of students with emotional and behavioral disorders. *Exceptionality, 17*, 177–188. doi:10.1080/09362830903231903

Kauffman, J. M., McGee, K., & Brigham, M. (2004). Enabling or disabling? Observations on changes in special education. *Phi Delta Kappan, 85*, 613–620.

Kauffman, J. M., Mostert, M. P., Trent, S. C., & Pullen, P. L. (2006). *Managing classroom behavior: A reflective case-based approach* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon/Pearson.

Klingner, J. K., & Edwards, P. A. (2006). Cultural considerations with response to intervention models. *Reading Research Quarterly, 41*, 108–117. doi:10.1598/RRQ.41.1.6

Lewis, A. C. (2001). Desegregation and degeneration. *Phi Delta Kappan, 83*, 613–614.

Linan-Thompson, S., Vaughn, S., Hickman-Davis, P., & Kouzekanani, K. (2003). Effectiveness of supplemental reading instruction of English language learners with reading difficulties. *Elementary School Journal, 103*, 221–238. doi:10.1086/499724

Linan-Thompson, S., Vaughn, S., Prater, K., & Cirino, P. T. (2006). The response to intervention of English Language learners at risk for reading problems. *Journal of Learning Disabilities, 39*, 390–398. doi:10.1177/00222194060390050201

Lustig, D. C., & Strauser, D. R. (2007). Causal relationships between poverty and disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 50*, 194–202. doi: 10.1177/00343552070500040101

MacSwan, J., & Rolstad, K. (2006). How language proficiency tests mislead us about ability: Implications for English language learner placement in special education. *Teachers College Record, 108*, 2304–2328. doi:10.1111/j.1467-9620.2006.00783.x

McAfee, M. (2000). Welcome to Park Day School: A bay area teacher shares her independent school's commitment to community. *Teaching Tolerance, 18*, 24–29.

McCardle, P., & Leung, C. Y. Y. (2006). English language learners: Development and intervention. *Topics in Language Disorders, 26*, 302–304.

McCardle, P., McCarthy, J. M., & Leos, K. (2005). English language learners and learning disabilities: Research agenda and implications for practice. *Learning Disabilities Research & Practice, 20*, 68–78. doi:10.1111/j.1540-5826.2005.00122.x

McCourt, F. (1996). *Angela's ashes*. New York: Scribner.

McDonnell, L. M., McLaughlin, M. J., & Morison, P. (Eds.). (1997). *Educating one and all: Students with disabilities and standards-based reform*. Washington, DC: National Academy Press.

McIntyre, T. (2007). *Are behaviorist interventions inappropriate for culturally different youngsters with learning and behavior disorders?* Retrieved from http://maxweber.hunter.cuny.edu/pub/eres/EDSPC715_MCINTYRE/CltchModB.html

Mostert, M. P. (2002). Useless eaters: Disability as handicap in Nazi Germany. *The Journal of Special Education, 36*, 155–168. doi:10.1177/00224669020360030601

Mundy, L. (2002, March 31). A world of their own. *The Washington Post Magazine*, pp. 22–29, 38–43.

Nguyen, L., Huang, L. N., Arganza, G. F., & Liao, Q. (2007). The influence of race and ethnicity on psychiatric diagnoses and clinical characteristics of children and adolescents in children's services. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 13*, 18–25. doi:10.1037/1099-9809.13.1.18

Novak, J. D., & Gowin, D. B. (1984). *Learning how to learn*. New York: Cambridge University Press.

Osher, D., Cartledge, G., Oswald, D., Sutherland, K. S., Artiles, A. J., & Coutinho, M. (2004). Cultural and linguistic competency and disproportionate representation. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 54–77). New York: Guilford.

Oswald, D. P., & Coutinho, M. J. (2001). Trends in disproportionate representation: Implications for multicultural education. In C. A. Utley & F. E. Obiakor (Eds.), *Special education, multicultural education, and school reform: Components of quality education for learners with mild disabilities* (pp. 53–73). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Pavri, S. (2001). Loneliness in children with disabilities: How teachers can help. *Teaching Exceptional Children, 33*(6), 52–58.

Peck, A., & Scarpati, S. (2004). Literacy instruction and research. *Teaching Exceptional Children, 36*(6), 71.

Pierce, R. L., Adams, C. M., Speirs Neumeister, K. L., Cassady, J. C., Dixon, F. A., & Cross, T. L. (2007). Development of an identification procedure for a large urban school corporation: Identifying culturally diverse and academically gifted elementary students. *Roeper Review, 29*, 113–118. doi:10.1080/02783190709554394

Pollard-Durodola, S. D., Mathes, P. G., Vaughn, S., Cardenas-Hagan, E., & Linan-Thompson, S. (2006). The role of oracy in developing comprehension in Spanish-speaking English language learners. *Topics in Language Disorders, 26*, 365–384.

Pullen, P. L. (2004). *Brighter beginnings for teachers*. Lanham, MD: Scarecrow Education.

Randolph, J. J. (2007). Meta-analysis of the research on response cards: Effects on test achievement, quiz achievement, participation, and off-task behavior. *Journal of Positive Behavior Interventions, 9*(2), 113–128.

Ravitch, D. (2003). *The language police: How pressure groups restrict what students learn*. New York: Knopf.

Reschly, D. J. (2001, July 13). *Overrepresentation, it's not what you think it is: Equal treatment studies*. Presentation at the Office of Special Education Programs Annual Research Project Directors' Conference, Washington, DC.

Reyna, V. F. (2004). Why scientific research? The importance of evidence in changing educational practice. In P. McCardle, & V. Chhabra (Eds.), *The voice of evidence in reading research* (pp. 47–58). Baltimore: Paul H. Brookes.

Ruzic, R., & O'Connell, K. (2001). *Concept maps*. National Center on Accessing the General Curriculum. Retrieved from http://aim.cast.org/ncac/ConceptMaps1669.cfm

Shealey, M. W., & Callins, T. (2007). Creating culturally responsive literacy programs in inclusive classrooms. *Intervention in School and Clinic, 42*, 195–197. doi:10.1177/10534512070420040101

Singh, N. N., Baker, J., Winton, A. S. W., & Lewis, D. K. (2000). Semantic equivalence of assessment instruments across cultures. *Journal of Child and Family Studies, 9*, 123–134. doi:10.1023/A:1009416005319

Sutphin, M. (2007, January). *Mapping concepts from the classroom to the computer: Instructors hope to combined concept maps and the Internet to test agriculture students*. Blacksburg, VA: Virginia Technical University College of Agriculture and Life Sciences. Retrieved from http://www.cals.vt.edu/news/pubs/innovations/jan2007/concepts.html

Takaki, R. (1994). Interview: Reflections from a different mirror. *Teaching Tolerance, 3*(1), 11–15.

Thurlow, M. L., Nelson, J. R., Teelucksingh, W., & Draper, I. L. (2001). Multiculturalism and disability in a results-based educational system: Hazards and hopes for today's schools. In C. A. Utley & F. E. Obiakor (Eds.), *Special education, multicultural education, and school reform: Components of quality education for learners with mild disabilities* (pp. 155–172). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Tyler, N. C., Yzquierdo, Z., Lopez-Reyna, N., & Flippin, S. S. (2004). Cultural and linguistic diversity and the special education workforce: A critical overview. *The Journal of Special Education, 38*, 22–38. doi:10.1177/00224669040380010301

U.S. Department of Education. (2005). *Twenty-seventh annual report to Congress on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act*. Washington, DC: Author.

U.S. Department of Education. (2009). *Twenty-eighth annual report to Congress on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act*. Washington, DC: Author.

Utley, C. A., & Obiakor, F. E. (2001a). Learning problems or learning disabilities of multicultural learners: Contemporary perspectives. In C. A. Utley & F. E. Obiakor (Eds.), *Special education, multicultural education, and school reform: Components of quality education for learners with mild disabilities* (pp. 90–117). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Utley, C. A., & Obiakor, F. E. (2001b). Multicultural education and special education: Infusion for better schooling. In C. A. Utley & F. E. Obiakor (Eds.), *Special education, multicultural education, and school reform: Components of quality education for learners with mild disabilities* (pp. 3–29). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Utley, C. A., & Obiakor, F. E. (Eds.). (2001c). *Special education, multicultural education, and school reform: Components of quality education for learners with mild disabilities*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Vaughn, S., Cirino, P. T., Linan-Thompson, S., Mathes, P. G., Carlson, C. D., Cardenas-Hagan, E., Pollard-Durodola, S. D., Fletcher, J. M., & Francis, D. J. (2006). Effectiveness of a Spanish intervention and an English intervention for English language learners at risk for reading problems. *American Educational Research Journal, 43*, 449–487. doi:10.3102/00028312043003449

Vaughn, S., Linan-Thompson, S., Mathes, P. G., Cirino, P. T., Carlson, C. D., Pollard-Durodola, S. D., et al. (2006). Effectiveness of a Spanish intervention for first-grade English language learners at risk for reading difficulties. *Journal of Learning Disabilities, 39*, 56–73. doi:10.1177/00222194060390010601

Vaughn, S., Mathes, P., Linan-Thompson, S., Cirino, P., Carlson, C. Pollard-Durodola, S., et al. (2006). Effectiveness of an English intervention for first-grade English language learners at risk for reading problems. *The Elementary School Journal, 107*, 153–180. doi:10.1086/510653

Vaughn, S., Mathes, P., Linan-Thompson, S., & Francis, D. (2005). Teaching English language learners at risk for reading difficulties to read in Spanish or English. *Learning Disabilities Research & Practice, 20*(1), 58–67. doi:10.1111/j.1540-5826.2005.00121.x

Villegas, A. M., & Lucas, T. (2007). The culturally responsive teacher. *Educational Leadership, 64*(6), 28–33.

Walker, T. (2000). Street smart: Sidewalk libraries open a world of learning for urban youth. *Teaching Tolerance, 17*, 23–25.

Welsh, P. (2004, June 20). When the street and the classroom collide. *The Washington Post*, pp. B1, B4.

Wood, L. (2000, July 1). The Autism House. *Parade*, pp. 4-5.

Xu, Y., Gelfer, J. I., Sileo, N., Filler, J., & Perkins, P. (2008). Effects of peer tutoring on young children's social interactions. *Early Child Development and Care, 178*, 617–635. doi:10.1080/03004430600857485

CHAPTER 4

Anderson, L., Larson, S., Lakin, C., & Kwak, N. (2002). Children with disabilities: Social roles and family impacts in the NHIS-D. *DD Data Brief, 4*(1), 1-11.

Bailey, D. B., Raspa, M., Humphreys, B. P., & Sam, A. M. (2011). Promoting family outcomes in early intervention. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *The handbook of special education*. New York: Routledge.

Bell, R. Q., & Harper, L. V. (1977). *Child effects on adults*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Belle-Fontaine, S., Hastings, P., Parker, R., & Forman, D. (2006, June 19). Child compliance to mothers and fathers: Sequential analysis of a clean-up task. Paper presented at the annual meeting of the XVth Biennial International Conference on Infant Studies, Westin Miyako, Kyoto, Japan. Retrieved from http://www.allacademic.com/meta/p94958_index.html

Berry, J. O., & Hardman, M. L. (1998). *Lifespan perspectives on the family and disability*. Boston: Allyn & Bacon.

Blacher, J., & Baker, B. L. (2007). Positive impact of intellectual disability on families. *American Journal on Mental Retardation, 112*, 330–348. doi:10.1352/0895-8017(2007)112[0330:PIOIDO]2.0.CO;2

Brooks-Gunn, J., & Lewis, M. (1984). Maternal responsivity in interactions with handicapped infants. *Child Development, 55*, 858–868.

Clay, V. (2006). Lessons from my brother. *Exceptional Parent, 36*(12), 24-25.

Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*, 1278–1291. doi:10.1007/s10803-007-0512-z

Drotar, D., Baskiewicz, A., Irvin, N., Kennell, J., & Klaus, M. (1975). The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: A hypothetical model. *Pediatrics, 56*, 710–717.

Esquivel, S. L., Ryan, C. S., & Bonner, M. (2008). Involved parents' perceptions of their experiences in school-based team meetings. *Journal of Educational and Psychological Consultation, 18*, 234–258. doi:10.1080/10474410802022589

Featherstone, H. (1980). *A difference in the family: Life with a disabled child*. New York: Basic Books.

Ferguson, P. M. (2002). A place in the family: An historical interpretation of research on parental reactions to having a child with a disability. *The Journal of Special Education, 36*, 124–130. doi:10.1177/00224669020360030201

Fiedler, C. R., Simpson, R. L., & Clark, D. M. (2007). *Parents and families of children with disabilities: Effective school-based support services*. Upper Saddle River, NJ: Merrill/Pearson.

Floyd, F. J., Purcell, S. E., Richardson, S. S., & Kupersmidt, J. B. (2009). Sibling relationship quality and social functioning of children and adolescents with intellectual disability. *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities, 114*, 110–127. doi:10.1352/2009.114.110-127

Fox, L., Vaughn, B. J., Wyatte, M. L., & Dunlap, G. (2002). "We can't expect other people to understand": Family perspectives on problem behavior. *Exceptional Children, 68*, 437–450.

Gallagher, P. A., Powell, T. H., & Rhodes, C. A. (2006). *Brothers & sisters: A special part of exceptional families* (3rd ed.). Baltimore: Brookes.

Gerlach, E. K. (1999). *Just this side of normal: Glimpses into life with autism*. Eugene, OR: Four Leaf Press.

Glidden, L. M., & Jobe, B. M. (2006). Brief research report: The longitudinal course of depression in adoptive and birth mothers of children with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 3*, 139–142. doi:10.1111/j.1741-1130.2006.00067.x

Groneberg, J. G. (2008). *Road map to Holland: How I found my way through my son's first two years with Down syndrome*. New York: New American Library.

Harry, B. (2002). Trends and issues in serving culturally diverse families of children with disabilities. *The Journal of Special Education, 36*, 131–138. doi:10.1177/00224669020360030301

Hastings, R. P., Daley, D., Burns, C., & Beck, A. (2006). Maternal distress and expressed emotion: Cross-sectional and longitudinal relationships with behavior problems of children with intellectual disabilities. *American Journal on Mental Retardation, 111*, 48–61. doi:10.1352/0895-8017(2006)111[48:MDAEEC]2.0.CO;2

Hauser-Cram, A., Hauser-Cram, P., & Kersh, J. E. (2007). Setting the stage: Early child and family characteristics as predictors of later loneliness in children with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation, 112*, 18–30. doi:10.1352/0895-8017(2007)112[18:STSECA]2.0.CO;2

Jurbergs, N., Palcic, J., & Kelley, M. L. (2007). School-home notes with and without response cost: Increasing attention and academic performance in low-income children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *School Psychology Quarterly, 22*, 358–379. doi:10.1037/1045-3830.22.3.358

Kauffman, J. M., Mostert, M. P., Trent, S. C., & Pullen, P. L. (2011). *Managing classroom behavior: A reflective case-based approach*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Kelley, M. L. (1990). *School-home notes: Promoting children's classroom success*. New York: Guilford Press.

Keogh, B. K., Garnier, H. E., Bernheimer, L. P., & Gallimore, R. (2000). Models of child-family interactions for children with developmental delays: Child-driven or transactional? *American Journal on Mental Retardation, 105*, 32–46.

Lambie, R. (2000). *Family systems within educational contexts: Understanding at-risk and special-needs students*. Denver, CO: Love.

Lehmann, J. P., & Baker, C. (1995). Mothers' expectations for their adolescent children: A comparison between families with disabled adolescents and those with non-labeled adolescents. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 30*, 27–40.

Lenhard, W., Breitenbach, E., Ebert, H., Schindelhauer-Deutscher, H. J., Zang, K. D., & Henn, W. (2007). *Intellectual and Developmental Disabilities, 45*, 98–102. doi:10.1352/1934-9556(2007)45[98:ACOMTT]2.0.CO;2

Lessenberry, B. M., & Rehfeldt, R. A. (2004). Evaluating stress levels of parents with disabilities. *Exceptional Children, 70*, 231–244.

Lucyshyn, J. M., Horner, R. H., Dunlap, G., Albin, R. W., & Ben, K. R. (2002). Positive behavior support with families. In J. M. Lucyshyn, G. Dunlap, & R. W. Albin (Eds.), *Families and positive behavior support: Addressing problem behavior in family contexts* (pp. 3–43). Baltimore: Brookes.

Magana, S., Schwartz, S. J., Rubert, M. P., & Szapocznik, J. (2006). Hispanic caregivers of adults with mental retardation: Importance of family functioning. *American Journal on Mental Retardation, 111*, 250–262. doi:10.1352/0895-8017(2006)111[250:HCOAWM]2.0.CO;2

Mahoney, G., & Robenalt, K. (1986). A comparison of conversational patterns between mothers and their Down syndrome and normal infants. *Journal of the Division for Early Childhood, 10*, 172–180.

Mangelsdorf, S. C., & Schoppe-Sullivan, S. J. (2007). Introduction: Emergent family systems. *Infant Behavior & Development, 30*, 60–62. doi:10.1016/j.infbeh.2006.11.006

Meadow-Orlans, K. P., Mertens, D. M., & Sass-Lehrer, M. A. (2003). *Parents and their deaf children: The early years*. Washington, DC: Gallaudet University Press.

Meyer, D. J., & Vadasy, P. F. (2008). *Sibshops: Workshops for siblings of children with special needs*. Baltimore: Brookes.

Mueller, T. G., Singer, G. H., & Draper, L. M. (2008). Reducing parental dissatisfaction with special education in two school districts: Implementing conflict prevention and alternative dispute resolution. *Journal of Educational and Psychological Consultation, 18*, 191–233. doi:10.1080/10474410701864339

Orsmond, G. I., & Seltzer, M. M. (2000). Brothers and sisters of adults with mental retardation: Gendered nature of the sibling relationship. *American Journal on Mental Retardation, 105*, 486–508.

Orsmond, G. I., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., & Krauss, M. W. (2006). Mother–child relationship quality among adolescents and adults with autism. *American Journal on Mental Retardation, 111*, 121–137. doi:10.1352/0895-8017(2006)111[121:MRQAAA]2.0.CO;2

O'Shea, D. J., & O'Shea, L. J. (2001). Why learn about students' families? In D. J. O'Shea, L. J. O'Shea, R. Algozzine, & D. J. Hammitte (Eds.), *Families and teachers of individuals with disabilities: Collaborative orientations and responsive practices* (pp. 5–24). Boston: Allyn & Bacon.

O'Shea, D. J., O'Shea, L. J., Algozzine, R., & Hammitte, D. J. (Eds.). (2001). *Families and teachers of individuals with disabilities: Collaborative orientations and responsive practices*. Boston: Allyn & Bacon.

Parette, H. P., & Petch-Hogan, B. (2000). Approaching families: Facilitating culturally/linguistically diverse family involvement. *Teaching Exceptional Children, 33*(2), 4–10.

Parish, S. L., Rose, R. A., Grinstein-Weiss, M., Richman, E. L., & Andrews, M. E. (2008). Material hardship in U.S. families raising children with disabilities. *Exceptional Children, 75*, 71–92.

Plant, K. M., & Sanders, M. R. (2007). Predictors of care-giver stress in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 51, Part 2*, 109–124. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00829.x

Rossiter, L., & Sharpe, D. (2001). The siblings of individuals with mental retardation: A quantitative integration of the literature. *Journal of Child and Family Studies, 10*, 65–84. doi:10.1023/A:1016629500708

Scorgie, K., & Sobsey, D. (2000). Transformational outcomes associated with parenting children who have disabilities. *Mental Retardation, 38*, 195–206. doi:10.1352/0047-6765(2000)038<0195:TOAWPC>2.0.CO;2

Silverman, A. (2006). No coveralls for Sophie? *KJZZ*. The National Public Radio Affiliate in Phoenix, AZ.

Singer, G. H. S. (2002). Suggestions for a pragmatic program of research on families and disability. *The Journal of Special Education, 36*, 148–154. doi:10.1177/00224669020360030401

Singer, G. H. S. (2006). Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation, 111*, 155–169. doi:10.1352/0895-8017(2006)111[155:MOCSOD]2.0.CO;2

Singer, G. H. S., Goldberg-Hamblin, S. E., Peckham-Hardin, K. D., Barry, L., & Santarelli, G. E. (2002). Toward a synthesis of family support practices and positive behavior support. In J. M. Lucyshyn, G. Dunlap, & R. W. Albin (Eds.), *Families and positive behavior support: Addressing problem behavior in family contexts* (pp. 155–183). Baltimore: Brookes.

Skinner, D., Bailey, D. B., Correa, V., & Rodriguez, P. (1999). Narrating self and disability: Latino mothers' construction of identities vis-à-vis their child with special needs. *Exceptional Children, 65*, 481–495.

Slonims, V., & McConachie, H. (2006). Analysis of mother–infant interaction in infants with Down syndrome and typically developing infants. *American Journal on Mental Retardation, 111*, 273–289. doi:10.1352/0895-8017(2006)111[273:AOMIII]2.0.CO;2

Smith, L. E., Greenberg, J. S., Seltzer, M. M., & Hong, J. (2008). Symptoms and behavior problems of adolescents and adults with autism: Effects of mother–child relationship quality, warmth, and praise. *American Journal on Mental Retardation, 113*, 387–402. doi: 10.1352/2008.113:387-402

Stoneman, Z., & Gavidia-Payne, S. (2006). Marital adjustment in families of young children with disabilities: Associations with daily hassles and problem-focused coping. *American Journal on Mental Retardation, 111*, 1–14. doi:10.1352/0895-8017(2006)111[1:MAIFOY]2.0.CO;2

Taylor, N. E., Wall, S. M., Liebow, H., Sabatino, C. A., Timberlake, E. M., & Farber, M. Z. (2005). Mother and soldier: Raising a child with a disability in a low-income military family. *Exceptional Children, 72*, 83–99.

Technical Assistance Alliance for Parent Centers. (2009). About the Alliance. Retrieved from http://www.taalliance.org/about/index.asp

Turnbull, A., & Turnbull, R. (2006). Fostering family–professional partnerships. In M. E. Snell & F. Brown (Eds.), *Instruction of students with severe disabilities* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Pearson.

Turnbull, A., Turnbull, R., Erwin, E., & Soodak, L. (2006). *Families, professionals, and exceptionality: Positive outcomes through partnerships and trust*. Upper Saddle River, NJ: Merrill/Pearson.

Warger, C. (2003–2004). *Five homework strategies for teaching students with disabilities*. ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education. Retrieved from http://www.ericdigests.org/2002-1/homework.html

Zuniga, M. E. (1992). Families with Latino roots. In E. W. Lynch & M. J. Hanson (Eds.), *Developing cross-cultural competence* (2nd ed., pp. 151–179). Baltimore: Brookes.

CHAPTER 5

AAMR Ad Hoc Committee on Terminology and Classification. (2010). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (11th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Abbeduto, L., Brady, N., & Kover, S. T. (2007). Language development and fragile X syndrome: Profiles, syndrome-specificity, and within-syndrome differences. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 13*, 36–46. doi:10.1002/mrdd.20142

Abbeduto, L., Keller-Bell, Y., Richmond, E. K., & Murphy, M. M. (2006). Research on language development and mental retardation: History, theories, findings, and future directions. *International Review of Research in Mental Retardation, 32*, 1–39. doi:10.1016/S0074-7750(06)32001-0

Abbeduto, L., Murphy, M. M., Cawthon, S. W., Richmond, E. K., Weissman, M. D., Karadottir, S., et al. (2003). Receptive language skills of adolescents and young adults with Down or fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 108*, 149–160.

Abbeduto, L., Murphy, M. M., Richmond, E. K., Amman, A., Beth, P., Weissman, M. D., et al. (2006). Collaboration in referential communication: Comparison of youth with Down syndrome or fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 111*, 170–183. doi:10.1352/0895-8017(2006)111[170:CIRCCO]2.0.CO;2

Ager, A. K. (1990). *The Life Experiences Checklist*. Windsor, Ontario, Canada: NFER-Nelson.

Agran, M., Fodor-Davis, J., Moore, S., & Deer, M. (1989). The application of a self-management program on instruction-following skills. *Journal of the Association for the Severely Handicapped, 14*, 147–154.

Alvarez, N. (2008, January 10). Alzheimer's disease in individuals with Down syndrome. *eMedicine*. Retrieved from http://emedicine.medscape.com/article/1136117-overview

Ashbaugh, J. W. (2002). Down the garden path of self-determination. *Mental Retardation, 40*, 416–417.

Atkins v. State of Virginia, 536 U.S. 304 (2002).

Bailey, D. B., Raspa, M., Holiday, D., Bishop, E., & Olmsted, M. (2009). Functional skills of individuals with fragile X syndrome: A lifespan cross-sectional analysis. *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities, 114*, 289–303. doi:10.1352/1944-7558-114.4.289-303

Baumeister, A. A. (2006). Mental retardation: Confusing sentiment with science. In H. N. Switzky & S. Greenspan (Eds.), *What is mental retardation? Ideas for an evolving disability in the 21st Century* (rev. ed., pp. 95–126). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Bebko, J. M., & Luhaorg, H. (1998). The development of strategy use and metacognitive processing in mental retardation: Some sources of difficulty. In J. A. Burack, R. M. Hodapp, & E. Zigler (Eds.), *Handbook of mental retardation and development* (pp. 382–407). New York: Cambridge University Press.

Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Betran, A. P., Merialdi, M., Requejo, J. H., & Van Look, P. F. A. (2010). The worldwide incidence of preterm birth: A systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization, 88*, 31–38. doi:10.2471/BLT.08.062554

Beirne-Smith, M., Patton, J., & Kim, S. (2006). *Mental retardation: An introduction to intellectual disability* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Pearson.

Belser, R. C., & Sudhalter, V. (2001). Conversational characteristics of children with fragile X syndrome: Repetitive speech. *American Journal on Mental Retardation, 106*, 28–38.

Brown, R. I., & Brown, I. (2005). The application of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 718–727. doi:10.1111/j.1365-2788.2005.00740.x

Bush, A., & Beail, N. (2004). Risk factors for dementia in people with Down syndrome: Issues in assessment and diagnosis. *American Journal on Mental Retardation, 109*, 83–97.

Caballo, C., Crespo, M., Jenaro, C., Verdugo, M. A., & Martinez, J. L. (2005). Factor structure of the Schalock and Keith Quality of Life Questionnaire (QOL-Q): Validation on Mexican and Spanish samples. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 773–776. doi:10.1111/j.1365-2788.2005.00750.x

Campbell, F. A., Ramey, C. T., Pungello, E., Sparling, J., & Miller-Johnson, S. (2002). Early childhood education: Young adult outcomes from the Abecedarian Project. *Applied Developmental Science, 6*, 42–57. doi:10.1207/S1532480XADS0601_05

Carr, J. (1994). Annotation: Long term outcome for people with Down's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 425–439. doi:10.1111/j.1469-7610.1994.tb01732.x

Carter, E. W., Hughes, C., Guth, C. B., & Copeland, S. R. (2005). Factors influencing social interaction among high school students with intellectual disabilities and their general education peers. *American Journal on Mental Retardation, 110*, 366–377. doi:10.1352/0895-8017(2005)110[366:FISIAH]2.0.CO;2

Chapman, D. A., Scott, K. G., & Mason, C. A. (2002). Early risk factors for mental retardation: Role of maternal age and maternal education. *American Journal on Mental Retardation, 107*, 46–59.

Collodi, C. (1930). *Pinocchio: The adventures of a puppet* (M. A. Murray, Trans.). New York: A. L. Burt Co. (Original work published 1883)

Conners, F. A. (2003). Phonological working memory difficulty and related interventions. In J. A. Rondal & S. Buckley (Eds.), *Speech and language intervention in Down syndrome* (pp. 31–48). London: Colin Whurr.

Council for Exceptional Children. (2003). *What every special educator must know: Ethics, standards, and guidelines for special educators* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Cummins, R. A. (2005a). Instruments for assessing quality of life. In J. Hogg & A. Langa (Eds.), *Assessing adults with intellectual disabilities: A service provider's guide* (pp. 119–137). Malden, MA: Blackwell.

Cummins, R. A. (2005b). Issues in the systematic assessment of quality of life. In J. Hogg & A. Langa (Eds.), *Assessing adults with intellectual disabilities: A service provider's guide* (pp. 9–22). Malden, MA: Blackwell.

Davis, P. K., & Cuvo, A. J. (1997). Environmental approaches to mental retardation. In D. M. Baer & E. M. Pinkston (Eds.), *Environment and behavior* (pp. 231–242). Boulder, CO: Westview Press.

Davis, S. (1997). *The Human Genome Project: Examining the Arc's concerns regarding the Human Genome Project's ethical, legal, and social implications*. Presentation at the DOE Human Genome Program Contractor-Grantee Workshop VI. Retrieved from www.ornl.gov/hgmis/resource/arc.html

Delquadri, J. C., Greenwood, C. R., Stretton, K., & Hall, R. V. (1983). The peer tutoring spelling game: A classroom procedure for increasing opportunity to respond and spelling performance. *Education and Treatment of Children, 6*, 225–239.

Dienst, J. (2007, January 25). *Woman cleared of murder*. New York: WNBC.com.

Dimitropoulos, A., Feurer, I. D., Butler, M. G., & Thompson, T. (2001). Emergence of compulsive behavior and tantrums in children with Prader-Willi syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 106*, 39–51.

Drew, C. J., & Hardman, M. L. (2007). *Intellectual disabilities across the lifespan* (9th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Dykens, E. (2001). Introduction to special issue. *American Journal on Mental Retardation, 106*, 1–3.

Dykens, E. M., Hodapp, R. M., & Finucane, B. M. (2000). *Genetics and mental retardation syndromes: A new look at behavior and interventions*. Baltimore: Brookes.

Elisco, A. (Director). (2005). *The collector of Bedford Street* [Documentary short]. New York: Welcome Change Productions. (Available from New Day Films, 190 Route 17M, P.O. Box 1084, Harriman, NY 10926; www.Newday.com)

Evenhuis, H. M. (1990). The natural history of dementia in Down's syndrome. *Archives of Neurology, 47*, 263–267.

Everson, J. M., & Trowbridge, M. H. (2011). Preparing students with low-incidence disabilities for community living opportunities. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *The handbook of special education*. New York: Routledge.

Fidler, D. J., Hepburn, S. L., Most, D. E., Philofsky, A., & Rogers, S. J. (2007). Emotional responsivity in young children with Williams syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 112*, 194–206. doi:10.1352/0895-8017(2007)112[194:ERIYCW]2.0.CO;2

Fidler, D. J., Hodapp, R. M., & Dykens, E. M. (2002). Behavioral phenotypes and special education: Parent report of educational issues for children with Down syndrome, Prader-Willi syndrome, and Williams syndrome. *The Journal of Special Education, 36*, 80–88. doi:10.1177/00224669020360020301

Fraser, J., & Mitchell, A. (1876). Kalmuc idiocy: Report of a case with autopsy, with notes on sixty-two cases. *Journal of Mental Science, 22*, 161–179.

Glidden, L. M. (2006). An update on the label and definitional asynchrony: The missing *mental* and *retardation* in mental retardation. In H. N. Switzky & S. Greenspan (Eds.), *What is mental retardation? Ideas for an evolving disability in the 21st century* (rev. ed., pp. 39–49). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Greenspan, S. (2004). Why Pinocchio was victimized: Factors contributing to social failure in people with mental retardation. *International Review of Research in Mental Retardation, 28*, 121–144. doi:10.1016/S0074-7750(04)28004-1

Greenspan, S. (2006a). Functional concepts in mental retardation: Finding the natural essence of an artificial category. *Exceptionality, 14*, 205–224. doi:10.1207/s15327035ex1404_3

Greenspan, S. (2006b). Mental retardation in the real world: Why the AAMR definition is not there yet. In H. N. Switzky & S. Greenspan (Eds.), *What is mental retardation? Ideas for an evolving disability in the 21st century* (rev. ed., pp. 165–183). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Greenspan, S. (2009). Foolish action in adults with intellectual disabilities: The forgotten problem of risk-unawareness. In L. Glidden (Ed.), *International review of research in mental retardation* (Vol. 36, pp. 147–194). New York: Elsevier. doi:10.1016/s0074-7750(08)36005-0

Greenspan, S., Loughlin, G., & Black, R. S. (2001). Credulity and gullibility in people with developmental disorders: A framework for future research. *International Review of Research in Mental Retardation, 24*, 101–135. doi:10.1016/S0074-7750(01)80007-0

Greenspan, S., & Switzky, H. N. (2006). Lessons from the *Atkins* decision for the next AAMR manual. In H. N. Switzky & S. Greenspan (Eds.), *What is mental retardation? Ideas for an evolving disability in the 21st century* (rev. ed., pp. 283–302). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Greenwood, C. R. (1991). Classwide peer tutoring: Longitudinal effects on the reading, language, and mathematics achievement of at-risk students. *Reading & Writing Quarterly, 7*, 105–123.

Hagerman, R. J. (2001). Fragile X syndrome. In S. B. Cassidy & J. E. Allanson (Eds.), *Management of genetic syndromes* (pp. 165–183). New York: Wiley-Liss.

Haldeman-Englert, C. (2008, February). Williams syndrome. *Medline Plus*. Retrieved from http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001116.htm

Hardman, M. L., & Clark, C. (2006). Promoting friendship through Best Buddies: A national survey of college program participants. *Mental Retardation, 44*, 56–63. doi:10.1352/0047-6765(2006)44[56:PFTBBA]2.0.CO;2

Harrison, P. L., & Boney, T. L. (2002). Best practices in the assessment of adaptive behavior. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology IV* (pp. 1167–1179). Washington, DC: National Association of School Psychologists.

Hatton, D. D., Wheeler, A. C., Skinner, M. L., Bailey, D. B., Sullivan, K. M., Roberts, J. E., et al. (2003). Adaptive behavior in children with Fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 108*, 373–390.

Hodapp, R. M., & Dykens, E. M. (2007). Behavioral effects of genetic mental retardation disorders. In J. W. Jacobson, J. A. Mulick, & J. Rojahn (Eds.), *Handbook of intellectual and developmental disabilities* (pp. 115–131). New York: Springer.

Hodapp, R. M., & Fidler, D. J. (1999). Special education and genetics: Connections for the 21st century. *Journal of Special Education, 33*, 130–137. doi:10.1177/002246699903300301

Hof, P. R., Bouras, C., Perl, D. P., Sparks, L., Mehta, N., & Morrison, J. H. (1995). Age-related distribution of neuropathologic changes in the cerebral cortex of patients with Down's syndrome. *Archives of Neurology, 52*, 379–391.

Human Genome Project. (2008, September 16). *Human Genome Project Information: Ethical, legal, and social issues*. Retrieved from http://www.ornl.gov/sci/techresources/Human_Genome/elsi/elsi.shtml

Human Genome Project. (2009a, June 11). *Human Genome Project Information: Gene Therapy*. Retrieved from http://www.ornl.gov/sci/techresources/Human_Genome/medicine/genetherapy.shtml#3

Human Genome Project. (2009b, August 12). *Human Genome Project Information*. Retrieved from http://www.ornl.gov/sci/techresources/Human_Genome/home.shtml

Inge, K. J., & Moon, M. S. (2011). Preparing students with low-incidence disabilities to work in the community. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *The handbook of special education*. New York: Routledge.

Institute of Education Sciences, National Center for Special Education Research. (2009, July). *Facts from NLTS2: Secondary school experiences and academic performance of students with mental retardation*. Retrieved from http://ies.ed.gov/ncser/pubs/20093020/index.asp?pubid=NCSER20093020

John, A. E., Rowe, M. L., & Mervis, C. B. (2009). Referential communication skills of children with Williams syndrome: Understanding when messages are not adequate. *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities, 114*, 85–99. doi:10.1352/2009.114.85-99

Kaiser, A. P., & Grim, J. C. (2006). Teaching functional communication skills. In M. E. Snell & F. Brown (Eds.), *Instruction of students with severe disabilities* (6th ed., pp. 447–488). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Kasari, C., Freeman, S. F. N., & Hughes, M. A. (2001). Emotion recognition by children with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 106*, 59–72.

Kaufman, S. Z. (1999). *Retarded isn't stupid, mom!* (rev. ed.). Baltimore: Brookes.

Kazdin, A. E. (n.d.). Helping parents with intellectual disabilities raise their children: A review of *The health and wellness program: A parenting curriculum for families at risk*. Retrieved from http://psycnet.apa.org/critiques/52/14/16.html

Kemp, C., & Carter, M. (2006). Active and passive task related behavior, direction following and the inclusion of children with disabilities. *Education and Training in Developmental Disabilities, 41*, 14–27.

Kresnak, J. (2001, February 27). Some question cops' methods when grilling youth. *Detroit Free Press*.

Kuna, J. (2001). The Human Genome Project and eugenics: Identifying the impact on individuals with mental retardation. *Mental Retardation, 39*, 158–160. doi:10.1352/0047-6765(2001)039<0158:THGPAE>2.0.CO;2

Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Seedhouse, P., Furniss, F., & Cunha, B. (2000). Promoting independent task performance by persons with severe developmental disabilities through a new computer-aided system. *Behavior Modification, 24*, 700–718. doi:10.1177/0145445500245005

Lenhoff, H. M., Wang, P. P., Greenberg, F., & Bellugi, U. (1997). Williams syndrome and the brain. *Scientific American, 277*(6), 68–73. doi:10.1038/scientificamerican1297-68

MacMillan, D. L., Gresham, F. M., Bocian, K. M., & Lambros, K. M. (1998). Current plight of borderline students: Where do they belong? *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 33*, 83–94.

Mank, D., Cioffi, A., & Yovanoff, P. (2003). Supported employment outcomes across a decade: Is there evidence of improvement in the quality of implementation? *Mental Retardation, 41*, 188–197.

Martin, J. E., Rusch, F. R., James, V. L., Decker, P. J., & Trtol, K. A. (1982). The use of picture cues to establish self-control in the preparation of complex meals by mentally retarded adults. *Applied Research in Mental Retardation, 3*, 105–119. doi:10.1016/0270-3092(82)90001-7

McDonnell, J. J. (2011). Instructional contexts for students with significant cognitive disabilities. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

McDonnell, J. J., Hardman, M. L., & McDonnell, A. P. (2003). *An introduction to persons with moderate and severe disabilities* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Mechling, L. C., Gast, D. L., & Seid, N. H. (2010). Evaluation of a portable DVD player and system of least prompts to self-prompt cooking task completion by young adults with moderate intellectual disabilities. *The Journal of Special Education, 43*, [illegible]. doi:10.1177/0022466907313348

Medline Plus. (2007, October 19). Inborn errors of metabolism. Retrieved from http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002438.htm

Mervis, C. B., & Becerra, A. M. (2007). Language and communicative development in Williams syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 13*, 3–15. doi:10.1002/mrdd.20140

Mervis, C. B., Klein-Tasman, B. P., & Mastin, M. E. (2001). Adaptive behavior of 4- through 8-year-old children with Williams syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 106*, 82–93.

Meyer, L. A., & Batshaw, M. L. (2002). Fragile X syndrome. In M. L. Batshaw (Ed.), *Children with disabilities* (5th ed.). Baltimore: Brookes.

Moldavsky, M., Lev, D., & Lerman-Sagie, T. (2001). Behavioral phenotypes of genetic syndromes: A reference guide for psychiatrists. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 749–761. doi:10.1097/00004583-200107000-00009

Moore, J. E., & Schuster, J. W. (2000). Teaching elementary students with moderate intellectual disabilities how to do pull-ups [illegible]. *Exceptional Children, 66*, 273–291.

Mortweet, S. L., Utley, C. A., Walker, D., Dawson, H. L., Delquadri, J. C., Reddy, S. S., & Ledford, D. (1999). Classwide peer tutoring: Teaching students with mild mental retardation in inclusive classrooms. *Exceptional Children, 65*, 524–536.

MR/DD Data Brief. (2001, April). *Characteristics of service use by persons with MR/DD living in their own homes or with family members: NHIS-D analysis.* Minneapolis, MN: University of Minnesota, Research and Training Center on Community Living, Institute on Community Integration.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2008, October 20). *NINDS Microcephaly Information Page.* Retrieved from http://www.ninds.nih.gov/disorders/microcephaly/microcephaly.htm

Patton, J. R., & Keyes, D. W. (2006). Death penalty issues following Atkins. *Exceptionality, 14*, 237–255. doi:10.1207/s15327035ex1404_5

Percy, M., Lewkis, S. Z., & Brown, I. (2007). Introduction to genetics and development. In I. Brown & M. Percy (Eds.), *A comprehensive guide to intellectual disabilities* (pp. 87–108). Baltimore: Brookes.

Perske, R. (2008). False confessions from 53 persons with intellectual disabilities: The list keeps growing. *Intellectual and Developmental Disabilities, 46*, 468–479. doi:10.1352/2008.46:468-479

Polloway, E. A., Patton, J. R., & Nelson, M. A. (2011). Intellectual and developmental disabilities. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education.* New York: Routledge.

Polloway, E. A., Smith, J. D., & Antoine, K. (2010). Biological causes. In M. Beirne-Smith, J. R. Patton, & S. H. Kim (Eds.), *Intellectual disabilities* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Ramey, C. T., & Campbell, F. A. (1984). Preventive education for high-risk children: Cognitive consequences of the Carolina Abecedarian Project. *American Journal of Mental Deficiency, 88*, 515–523.

Ramey, C. T., & Campbell, F. A. (1987). The Carolina Abecedarian Project: An educational experiment concerning human malleability. In J. J. Gallagher & C. T. Ramey (Eds.), *The malleability of children* (pp. 127–140). Baltimore: Brookes.

Roberts, J. E., Price, J., & Malkin, C. (2007). Language and communication development in Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 13*, 26–35. doi:10.1002/mrdd.20136

Roberts, J. E., Richardson, M., Alder, L., & Frick, A. (2005). Down the road to [illegible] self-determination: A comparative analysis. *Mental Retardation, 43*, [illegible]. doi:10.1352/0047-6765(2005)43[illegible]

Rosenberg, R. E., Mozaffari, E., ... [illegible] (2005). Using [illegible] of [illegible] ... developmental disabilities. *Exceptional Children, 71*, [illegible].

Rusch, F. R. (2008). *Beyond high school: Preparing adolescents for tomorrow's challenges.* Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Sands, D., & Wehmeyer, M. (2005). Teaching goal setting and decision making to students with developmental disabilities. In M. L. Wehmeyer & M. Agran (Eds.), *Mental retardation and intellectual disabilities: Teaching students using innovative and research-based strategies* (pp. 273–296). Auckland, New Zealand: Pearson.

Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R. C., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., et al. (2002). Quality of life: Its conceptualization, measurement, and application: A consensus document. *Mental Retardation, 40*, 457–470. doi:10.1352/0047-6765(2002)040<0457:CMAAOQ>2.0.CO;2

Schalock, R. L., & Keith, K. D. (1993). *Quality of life questionnaire.* Worthington, OH: IDS Publishing.

Schweinhart, L. J., Montie, J., Xiang, Z., Barnett, W. S., Belfield, C. R., & Nores, M. (2005). *Lifetime effects: The High/Scope Perry Preschool study through age 40* (Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation, 14). Ypsilanti, MI: High/Scope Press.

Scott, N., Lakin, C., & Larson, S. A. (2008). The 40th anniversary of deinstitutionalization in the United States: Decreasing state institutional populations, 1967–2007. *Intellectual and Developmental Disabilities, 46*, 402–405. doi:10.1352/2008.46:402-405

Sigafoos, J., O'Reilly, M., Lancioni, G., Lancioni, G. E., & Young, D. (2005). Computer-presented video prompting for teaching microwave oven use to three adults with developmental disabilities. *Journal of Behavioral Education, 14*, 189–201. doi:10.1007/s10864-005-6297-2

Sitlington, P. L., Neubert, D. A., & Clark, G. M. (2010). *Transition education and services for students with disabilities.* Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Snell, M. E., Luckasson, R., et al. (2009). Characteristics and needs of people with intellectual disability who have higher IQs. *Intellectual and Developmental Disabilities, 47*, 220–233. doi:10.1352/1934-9556-47.3.220

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales* (2nd ed.). Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Spinath, F. M., Harlaar, N., Ronald, A., & Plomin, R. (2004). Substantial genetic influence on mild mental impairment in early childhood. *American Journal on Mental Retardation, 109*, 34–43.

Spinelli, C. G. (2006). *Classroom assessment for students in special and general education* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Pearson.

Stancliffe, R. J., Abery, B. H., & Smith, J. (2000). Personal control and the ecology of community living settings: Beyond living-unit size and type. *American Journal on Mental Retardation, 105*, 431–454.

Switzky, H. N. (2006). The importance of cognitive-motivational variables in understanding the outcome performance of persons with mental retardation: A personal view from the early twenty-first century. *International Review of Research in Mental Retardation, 31*, 1–29. doi:10.1016/S0074-7750(05)31001-6

Tassone, F., Hagerman, R. J., Taylor, A. K., Mills, J. B., Harris, S. W., Gane, L. W., et al. (2000). Clinical involvement and protein expression in individuals with the FMR1 premutation. *American Journal of Medical Genetics, 91*, 144–152.

Taylor, R. L., Richards, S. B., & Brady, M. P. (2005). *Mental retardation: Historical perspectives, current practices, and future directions.* Boston: Allyn & Bacon.

Taylor, H. G., Klein, N., Minich, N. M., & Hack, M. (2000). Middle-school-age outcomes in children with very low birthweight. *Child Development, 71*, 1495–1511. doi:10.1111/1467-8624.00242

Thompson, J. R., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Schalock, R. L., Shogren, K. A., Snell, M. E., et al. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities, 47*, 135–146. doi:10.1352/1934-9556-47.2.135

Tymchuk, A. J. (2006). *The health and wellness program: A parenting curriculum for families at risk.* Baltimore: Brookes.

Urv, T. K., Zigman, W. B., & Silverman, W. (2008). Maladaptive behaviors related to dementia status in adults with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation, 113*, 73–86. doi:10.1352/0895-8017(2008)113[73:MBRTDS]2.0.CO;2

Van der Molen, M. J., Van Luit, J. E. H., Jongmans, M. J., & Van der Molen, M. W. (2007). Verbal working memory in children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 51*, 162–169. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00863.x

Vaughn, J. L. (2005). *Assessing students with special needs.* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Wade, C., Llewellyn, G., & Matthews, J. (2008). Review of parent training interventions for parents with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 21*, 351–366. doi:10.1111/j.1468-3148.2008.00449.x

Wechsler, D. (2003). *Wechsler intelligence scale for children* (4th ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Wehman, P., Moon, M. S., Everson, J. M., Wood, W., & Barcus, J. M. (1988). *Transition from school to work: New challenges for youth with severe disabilities.* Baltimore: Brookes.

Wehmeyer, M. L., Garner, N., Yeager, D., Lawrence, M., & Davis, A. K. (2006). Infusing self-

[illegible] with [illegible] developmental disabilities: A multistage, multiple component model. *Education and Training in Developmental Disabilities, 45*, 1–15.

Wehmeyer, M. L., & Mithaug, D. E. (2006). Self-determination, causal agency, and mental retardation. *International Review of Research in Mental Retardation, 31*, 31–71. doi:10.1016/S0074-7750(05)31002-0

Wehmeyer, M. L., Palmer, S. B., Agran, M., Mithaug, D. E., & Martin, J. E. (2000). Promoting causal agency: The self-determined learning model of instruction. *Exceptional Children, 66*, 439–453.

Wilson, S. (2006). The validity of IQ in people with low intellectual ability: An analysis of the literature. *Journal of Intellectual Disability Research, 40*, 124–128. doi:10.1352/0047-6765(2006)44[124:VOIIPW]2.0.CO;2

Winsor, J. E., & Butterworth, J. (2008). Participation in integrated employment and community-based nonwork services for individuals supported by state disability agencies. *Intellectual and Developmental Disabilities, 46*, 166–168. doi:10.1352/0047-6765(2008)46[166:PIIEAC]2.0.CO;2

Wolfensberger, W. (2002). Social role valorization and, or versus, "empowerment." *Mental Retardation, 40*, 252–258.

Ysseldyke, J., & Olsen, K. (1999). Putting alternate assessments into practice: What to measure and possible sources of data. *Exceptional Children, 65*, 175–185.

CHAPTER 6

Aarnoudse-Moens, C. S. H., Weisglas-Kuperus, N., van Goudoever, J. B., & Oosterlaan, J. (2009). Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics, 124*, 717–728. doi:10.1542/peds.2008-2816

Adams, G. L., & Engelmann, S. (1996). *Research on direct instruction: 25 years beyond DISTAR*. Seattle: Educational Achievement Systems.

Al-Yagon, M. (2007). Socioemotional and behavioral adjustment among school-age children with learning disabilities: The moderating role of maternal personal resources. *The Journal of Special Education, 40*, 205–217. doi:10.1177/00224669070400040201

Allsopp, D. H., Kyger, M. M., & Lovin, L. (2008). Mathematics dynamic assessment: Informal assessment that responds to the needs of struggling learners in mathematics. *Teaching Exceptional Children, 40*, 6–16.

Bear, G. G., Kortering, L. J., & Braziel, P. (2006). School completers and noncompleters with learning disabilities: Similarities in academic achievement and perceptions of self and teachers. *Remedial and Special Education, 27*, 293–300. doi:10.1177/07419325060270050401

Beitchman, J. H., Hood, J., & Inglis, A. (1992). Familial transmission of speech and language impairment: A preliminary investigation. *Canadian Journal of Psychiatry, 37*, 151–156.

Bender, W. N., Rosenkrans, C. B., & Crane, M. K. (1999). Stress, depression, and suicide among students with learning disabilities: Assessing the risk. *Learning Disability Quarterly, 22*, 143–156. doi:10.2307/1511272

Berkeley, S., Bender, W. N., Peaster, L. G., & Saunders, L. (2009). Implementation of response to intervention: A snapshot of progress. *Journal of Learning Disabilities, 42*, 85–95. doi:10.1177/0022219408326214

Blachman, B. (2000). Phonological awareness. In D. P. Pearson (Ed.), *Handbook of reading research* (pp. 483–502). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Boada, R., & Pennington, B. F. (2006). Deficient implicit phonological representations in children with dyslexia. *Journal of Experimental Child Psychology, 95*, 153–193. doi:10.1016/j.jecp.2006.04.003

Bryan, T., Burstein, K., & Ergul, C. (2004). The social-emotional side of learning disabilities: A science-based presentation of the state of the art. *Learning Disability Quarterly, 27*, 45–51. doi:10.2307/1593631

Bryan, T. H., Donahue, M., Pearl, R., & Sturm, C. (1981). Learning disabled children's conversational skills—The "TV Talk Show." *Learning Disability Quarterly, 4*, 250–260. doi:10.2307/1510946

Bryan, T. H., & Sullivan-Burstein, K. (1998). Teacher-selected strategies for improving homework completion. *Remedial and Special Education, 19*, 263–275. doi:10.1177/074193259801900502

Butler, D. L. (1998). Metacognition and learning disabilities. In B. Y. L. Wong (Ed.), *Learning about learning disabilities* (2nd ed., pp. 277–307). San Diego, CA: Academic Press.

Case, L. P., Harris, K. R., & Graham, S. (1992). Improving the mathematical problem-solving skills of students with learning disabilities. *The Journal of Special Education, 26*, 1–19.

Clarizio, H. F., & Phillips, S. E. (1986). Sex bias in the diagnosis of learning disabled students. *Psychology in the Schools, 23*, 44–52. doi:10.1002/1520-6807(198601)23:1<44::AID-PITS2310230108>3.0.CO;2-8

Cobb, R. B., & Alwell, M. (2009). Transition planning/coordinating interventions for youth with disabilities: A systematic review. *Career Development for Exceptional Individuals, 32*, 70–81. doi:10.1177/0885728809336655

Cook, B. G., McDuffie, K. A., Oshita, L., & Cook, S. C. (2011). Co-teaching for students with disabilities: A critical analysis of the empirical literature. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York, NY: Routledge.

Cortiella, C. (2009). *The state of learning disabilities*. New York: National Center for Learning Disabilities. Retrieved from www.ld.org/stateofld

Council for Exceptional Children. (2003). *What every special educator must know: Ethics, standards, and guidelines for special educators* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Daniel, S. S., Walsh, A. K., Goldston, D. B., Arnold, E. M., Reboussin, B. A., & Wood, F. B. (2006). Suicidality, school dropout, and reading problems among adolescents. *Journal of Learning Disabilities, 39*, 507–514. doi:10.1177/00222194060390060301

DeFries, J. C., Gillis, J. J., & Wadsworth, S. J. (1993). Genes and genders: A twin study of reading disability. In A. M. Galaburda (Ed.), *Dyslexia and development: Neurobiological aspects of extra-ordinary brains* (pp. 187–204). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Deno, S. L. (1985). Curriculum-based measurement: The emerging alternative. *Exceptional Children, 52*, 219–232.

Deshler, D. D., Schumaker, J. B., Lenz, B. K., Bulgren, J. A., Hock, M. F., Knight, J., et al. (2001). Ensuring content-area learning by secondary students with learning disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice, 16*, 96–108. doi:10.1111/0938-8982.00011

DeThorne, L. S., Hart, S. A., Petrill, S. A., Deater-Deckard, K., Thompson, L. A., Schatschneider, C., et al. (2006). Children's history of speech-language difficulties: Genetic influences and associations with reading-related measures. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 49*, 1280–1293. doi:10.1044/1092-4388(2006/092)

Ellis, A. (2001). *Research on educational innovations* (3rd ed.). Larchmont, NY: Eye On Education.

Ellis, A. K., & Fouts, J. T. (1997). *Research on educational innovations*. Larchmont, NY: Eye on Education.

Ellis, E. S., & Howard, P. W. (2007, Spring). Graphic organizers: Power tools for teaching students with learning disabilities. *Current Practice Alerts, 13*. Retrieved from http://www.teachingld.org/pdf/alert13.pdf

Engelmann, S., & Bruner, E. C. (1969). DISTAR reading I: An instructional system. Chicago: SRA.

Epstein, M. H., Munk, D. D., Bursuck, W. D., Polloway, E. A., & Jayanthi, M. (1999). Strategies for improving home-school communication about homework for students with disabilities. *Journal of Special Education, 33*, 166–176. doi:10.1177/002246699903300304

Fisher, S. E., & Francks, C. (2006). Genes, cognition and dyslexia: Learning to read the genome. *Trends in Cognitive Sciences, 10*, 250–257. doi:10.1016/j.tics.2006.04.003

Foegen, A., Jiban, C., & Deno, S. (2007). Progress monitoring measures in mathematics: A review of the literature. *The Journal of Special Education, 41*, 121–139. doi:10.1177/00224669070410020101

Forness, S. R., & Kavale, K. A. (2002). Impact of ADHD on school systems. In P. Jensen & J. R. Cooper (Eds.), *NIH consensus conference on ADHD*. Bethesda, MD: National Institutes of Health.

Frostig, M., & Horne, D. (1964). *The Frostig program for the development of visual perception. Teacher's guide*. Chicago: Follett.

Fuchs, D., & Fuchs, L. S. (2005). Peer-assisted learning strategies: Promoting word recognition, fluency, and reading comprehension in young children. *The Journal of Special Education, 39*, 34–44. doi:10.1177/00224669050390010401

Fuchs, D., Fuchs, L., & Burish, P. (2000). Peer-assisted learning strategies: An evidence-based practice to promote reading achievement. *Learning Disabilities Research & Practice, 15*(2), 85–91. doi:10.1207/SLDRP1502_4

Fuchs, D., Fuchs, L. S., McMaster, K. L., Yen, L., & Svenson, E. (2004). Nonresponders: How to find them? How to help them? What do they mean for special education? *Teaching Exceptional Children, 37*, 72–77.

Fuchs, D., Mock, D., Morgan, P. L., & Young, C. L. (2003). Responsiveness-to-intervention: Definitions, evidence, and implications for the learning disabilities construct. *Learning Disabilities Research & Practice, 18*, 157–171. doi:10.1111/1540-5826.00072

Fuchs, L. S. (2003). Assessing intervention responsiveness: Conceptual and technical issues. *Learning Disabilities Research & Practice, 18*, 172–186. doi:10.1111/1540-5826.00073

Fuchs, L. S., Deno, S. L., & Mirkin, P. K. (1984). The effects of frequent curriculum-based measurement and evaluation on pedagogy, student achievement and student awareness of learning. *American Educational Research Journal, 21*, 449–460.

Fuchs, L. S., Powell, S. R., Seethaler, P. M., Cirino, P. T., Fletcher, J. M., Fuchs, D., & Hamlett, C. L. (2011). The development of arithmetic and word-problem skill among students with

mathematics disability. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Gabrieli, J. D. E. (2009). Dyslexia: A new synergy between education and neuroscience. *Science, 325*, 280–283. doi:10.1126/science.1171999

Gajria, M., Jitendra, A. K., Sood, S., & Sacks, G. (2007). Improving comprehension of expository text in students with LD: A research synthesis. *Journal of Learning Disabilities, 40*, 210–225. doi:10.1177/00222194070400030301

Galaburda, A. M., LoTurco, J., Ramus, F., Fitch, R. H., & Rosen, G. D. (2006). *Nature Neuroscience, 9*, 1213–1217.

Gerber, P. J. (2009). Transition and adults with learning disabilities. In J. M. Taymans (Ed.), *Learning to achieve: A review of the research literature on serving adults with learning disabilities* (pp. 211–226). Washington, DC: National Institute for Literacy.

Gerber, P. J., Ginsberg, R., & Reiff, H. B. (1992). Identifying alterable patterns in employment success for highly successful adults with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 25*, 475–487. doi:10.1177/002221949202500802

Gersten, R., Chard, D. J., Jayanthi, M., Baker, S. K., Morphy, P., & Flojo, J. (2009). Mathematics instruction for students with learning disabilities: A meta-analysis of instructional components. *Review of Educational Research, 79*, 1202–1242. doi:10.3102/0034654309334431

Good, R. H., Simmons, D. C., & Kame'enui, E. J. (2001). The importance and decision-making utility of a continuum of fluency-based indicators of foundational reading skills for third-grade high-stakes outcomes. *Scientific Studies of Reading, 5*, 257–288. doi:10.1207/S1532799XSSR0503_4

Graham, S., & Harris, K. R. (2003). Students with learning disabilities and the process of writing: A meta-analysis of SRSD studies. In H. L. Swanson, K. R. Harris, & S. Graham (Eds.), *Handbook of learning disabilities* (pp. 323–344). New York: Guilford.

Graham, S., & Harris, K. R. (2011). Writing and students with disabilities. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Guttorm, T. K., Leppänen, P. H. T., Poikkeus, A.-M., Eklund, K. M., Lyytinen, P., & Lyytinen, H. (2005). Brain event-related potentials (ERPs) measured at birth predict later language development in children with and without risk for dyslexia. *Cortex, 41*, 291–303. doi:10.1016/S0010-9452(08)70267-3

Hallahan, D. P. (1975). Comparative research studies on the psychological characteristics of learning disabled children. In W. M. Cruickshank & D. P. Hallahan (Eds.), *Perceptual and learning disabilities in children: Vol. 1. Psychoeducational practices* (pp. 29–60). Syracuse, NY: Syracuse University Press.

Hallahan, D. P. (1992). Some thoughts on why the prevalence of learning disabilities has increased. *Journal of Learning Disabilities, 25*, 523–528. doi:10.1177/002221949202500806

Hallahan, D. P., & Cruickshank, W. M. (1973). *Psychoeducational foundations of learning disabilities*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Hallahan, D. P., Kneedler, R. D., & Lloyd, J. W. (1983). Cognitive behavior modification techniques for learning disabled children: Self-instruction and self-monitoring. In J. D. McKinney & L. Feagans (Eds.), *Current topics in learning disabilities* (Vol. 1, pp. 207–244). New York: Ablex.

Hallahan, D. P., Lloyd, J. W., Kauffman, J. M., Weiss, M. P., & Martinez, E. A. (2005). *Learning disabilities: Foundations, characteristics, and effective teaching*. Boston: Allyn & Bacon.

Hallahan, D. P., & Mercer, C. D. (2002). Learning disabilities: Historical perspectives. In R. Bradley, L. Danielson, & D. P. Hallahan (Eds.), *Identification of learning disabilities: Research to practice* (pp. 1–67). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Hallgren, B. (1950). Specific dyslexia (congenital word blindness): A clinical and genetic study. *Acta Psychiatrica et Neurologica, 65*, 1–279.

Hammill, D. D. (1990). On defining learning disabilities: An emerging consensus. *Journal of Learning Disabilities, 23*, 74–84. doi:10.1177/002221949002300201

Hammill, D. D., Leigh, J. E., McNutt, G., & Larsen, S. C. (1981). A new definition of learning disabilities. *Learning Disability Quarterly, 4*, 336–342.

Harris, K. R., Graham, S., & Mason, L. H. (2003). Self-regulated strategy development in the classroom: Part of a balanced approach to writing instruction for students with disabilities. *Focus on Exceptional Children, 35*(7), 1–16.

Haworth, C. M. A., Kovas, Y., Harlaar, N., Hayiou-Thomas, M. E., Petrill, S. A., Dale, P. S., & Plomin, R. (2009). Generalist genes and learning disabilities: A multivariate genetic analysis of low performance in reading, mathematics, language and general cognitive ability in a sample of 8000 12-year-old twins. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*, 1318–1325. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02114.x

Helmuth, L. (2001). Dyslexia: Same brains, different languages. *Science, 291*, 2064.

Hoeft, F., Ueno, T., Reiss, A. L., Meyler, A., Whitfield-Gabrieli, S., Glover, S., & Gabrieli, J. D. E. (2007). Prediction of children's reading skills using behavioral, functional, and structural neuroimaging measures. *Behavioral Neuroscience, 121*, 602–613. doi:10.1037/0735-7044.121.3.602

Hosp, M. K., Hosp, J. L., & Howell, K. W. (2007). *The ABCs of CBM: A practical guide to curriculum-based measurement*. New York: Guilford.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (2005). *Special education: What it is and why we need it*. Boston: Allyn & Bacon.

Kavale, K. A. (1988). The long-term consequences of learning disabilities. In M. C. Wang, M. C. Reynolds, & H. J. Walberg (Eds.), *Handbook of special education: Research and practice: Vol. 2. Mildly handicapped conditions*. New York: Pergamon Press.

Kephart, N. C. (1971). *The slow learner in the classroom* (2nd ed.). Columbus, OH: Merrill/Pearson.

Kirk, S. A. (1963). Behavioral diagnosis and remediation of learning disabilities. In *Proceedings of the Conference on Exploration into the Problems of the Perceptually Handicapped Child, First Annual Meeting, Vol. 1*. Chicago, April 6, 1963.

Kirk, S. A., & Kirk, W. D. (1971). *Psycholinguistic learning disabilities: Diagnosis and remediation*. Urbana: University of Illinois Press.

Kourea, L., Cartledge, G., & Musti-Rao, S. (2007). Improving the reading skills of urban elementary students through total class peer tutoring. *Remedial and Special Education, 28*, 95–107. doi:10.1177/07419325070280020801

Kunsch, C. A., Jitendra, A. K., & Sood, S. (2007). The effects of peer-mediated instruction in mathematics for students with learning problems: A research synthesis. *Learning Disabilities Research & Practice, 22*, 1–12. doi:10.1111/j.1540-5826.2007.00226.x

Lasley, II, T. J., Matczynski, T. J., & Rowley, J. B. (2002). *Instructional models: Strategies for teaching in a diverse society*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomas Learning.

Leinhardt, G., Seewald, A. M., & Zigmond, N. (1982). Sex and race differences in learning disabilities classrooms. *Journal of Educational Psychology, 74*, 835–843. doi:10.1037/0022-0663.74.6.835

Levin, J. R. (1993). Mnemonic strategies and classroom learning: A twenty-year report card. *Elementary School Journal, 87*, 301–321.

Lewis, B. A. (1992). Pedigree analysis of children with phonology disorders. *Journal of Learning Disabilities, 25*, 586–597. doi:10.1177/002221949202500908

Lewis, B. A., & Thompson, L. A. (1992). A study of development of speech and language disorders in twins. *Journal of Speech and Hearing Research, 35*, 1086–1094.

Lindstrom, L. E., & Benz, M. R. (2002). Phases of career development: Case studies of young women with learning disabilities. *Exceptional Children, 69*, 67–83.

Maag, J. W., & Reid, R. (2006). Depression among students with learning disabilities: Assessing the risk. *Journal of Learning Disabilities, 39*, 3–10. doi:10.1177/00222194060390010201

MacMillan, D. L., Gresham, F. M., & Bocian, K. M. (1998). Discrepancy between definitions of learning disabilities and school practices: An empirical investigation. *Journal of Learning Disabilities, 31*, 314–326. doi:10.1177/002221949803100401

MacMillan, D. L., & Siperstein, G. N. (2002). Learning disabilities as operationally defined by schools. In R. Bradley, L. Danielson, & D. P. Hallahan (Eds.), *Identification of learning disabilities: Research to practice* (pp. 287–333). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Madaus, J. W., & Banerjee, M. (2011). Transition to postsecondary education. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York, NY: Routledge.

Maheady, L., Harper, G. F., & Mallette, B. (2003, Spring). Classwide peer tutoring. *Current Practice Alerts*. Retrieved from http://www.teachingld.org/pdf/PeerTutoring_rev1.pdf

Margalit, M. (2006). Loneliness, the salutogenic paradigm and learning disabilities: Current research, future directions, and interventional implications. *Thalamus, 24*, 38–48.

Mastropieri, M. A., & Scruggs, T. E. (1998). Constructing more meaningful relationships in the classroom: Mnemonic research into practice. *Learning Disabilities Research & Practice, 13*, 138–145.

Mastropieri, M. A., Scruggs, T. E., & Whedon, C. K. (1997). Using mnemonic strategies to teach information about U.S. Presidents: A classroom-based investigation. *Learning Disability Quarterly, 20*, 13–21. doi:10.2307/1511089

McGrady, H. J., Lerner, J. W., & Boscardin, M. L. (2001). The educational lives of students with learning disabilities. In P. Rodis, A. Garrod, & M. L. Boscardin (Eds.), *Learning disabilities and life stories* (pp. 177–193). Boston: Allyn & Bacon.

McGrath, L. M., Smith, S. D., & Pennington, B. F. (2006). Breakthroughs in the search for dyslexia candidate genes. *Trends in Molecular Medicine, 12*, 333–341. doi:10.1016/j.molmed.2006.05.007

McMaster, K., & Espin, C. (2007). Technical features of curriculum-based measurement in writing: A review of the literature. *The Journal of Special Education, 41*, 68–84. doi:10.1177/00224669070410020301

Mercer, C. D., Mercer, A. R., & Pullen, P. C. (2011). *Teaching students with learning problems*. Boston: Pearson.
Molfese, D. M. (2000). Predicting dyslexia at 8 years of age using neonatal brain responses. *Brain and Language, 72*, 238–245. doi:10.1006/brln.2000.2287
Morgan, P. L., & Fuchs, D. (2007). Is there a bidirectional relationship between children's reading skills and reading motivation? *Exceptional Children, 73*, 165–183.
Murawski, W. W., & Swanson, H. L. (2001). A meta-analysis of co-teaching research: Where are the data? *Remedial and Special Education, 22*, 258–267. doi:10.1177/074193250102200501
National Institute of Child Health and Human Development. (2000). *Report of the National Reading Panel. Teaching children to read: An evidence-based assessment of the scientific research literature on reading and its implications for reading instruction*. Washington, DC: National Institute of Child Health and Human Development. Retrieved from http://www.nichd.nih.gov/publications/nrp/upload/smallbook_pdf.pdf
National Joint Committee on Learning Disabilities. (1989, September 18). *Modifications to the NJCLD definition of learning disabilities*. Letter from NJCLD to member organizations. Washington, DC: Author.
National Joint Committee on Learning Disabilities. (2006). *Learning disabilities and young children: Identification and intervention*. Retrieved from http://www.ldonline.org/article/11511
O'Connor, R. E., & Sanchez, V. (2011). Responsiveness to intervention models for reducing reading difficulties and identifying learning disability. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.
Olson, R., Wise, B., Conners, F., Rack, J., & Fulker, D. (1989). Specific deficits in component reading and language skills: Genetic and environmental influences. *Journal of Learning Disabilities, 22*, 339–348. doi:10.1177/002221948902200604
Paulesu, E., Demonet, J. F., Fazio, F., McCrory, E., Chanoine, V., Brunswick, N., et al. (2001). Dyslexia: Cultural diversity and biological unity. *Science, 291*, 2165–2167. doi:10.1126/science.1057179
Polsky, L. (2001). In the LD bubble. In P. Rodis, A. Garrod, & M. L. Boscardin (Eds.), *Learning disabilities and life stories* (pp. 17–28). Boston: Allyn & Bacon.
Pennington, B. F. (1990). Annotation: The genetics of dyslexia. *Journal of Child Psychology and Child Psychiatry, 31*, 193–201. doi:10.1111/j.1469-7610.1990.tb01561.x
Petrill, S. A., Deater-Deckard, K., Thompson, L. A., DeThorne, L. S., & Schatschneider, C. (2006). Reading skills in early readers: Genetic and shared environmental influences. *Journal of Learning Disabilities, 39*, 48–55. doi:10.1177/00222194060390010501
Plomin, R., & Kovas, Y. (2005). Generalist genes and learning disabilities. *Psychological Bulletin, 131*, 592–617. doi:10.1037/0033-2909.131.4.592
Pullen, P. C. (2002, October 1). Expert connection: Phonological awareness. *TeachingLD.org*. Retrieved from http://TeachingLD.org/expert_connection/phonological.html
Queen, O. (2001). Blake Academy and the Green Arrow. In P. Rodis, A. Garrod, & M. L. Boscardin (Eds.), *Learning disabilities and life stories* (pp. 3–16). Boston: Allyn & Bacon.
Raskind, M. H., Goldberg, R. J., Higgins, E. L., & Herman, K. L. (1999). Patterns of change and predictors of success in individuals with learning disabilities: Results from a twenty-year longitudinal study. *Learning Disabilities Research & Practice, 14*, 35–49. doi:10.1207/sldrp1401_4
Raskind, W. H. (2001). Current understanding of the genetic basis of reading and spelling disability. *Learning Disability Quarterly, 24*, 141–157. doi:10.2307/1511240
Reiff, H. B., Gerber, P. J., & Ginsberg, R. (1997). *Exceeding expectations: Successful adults with learning disabilities*. Austin, TX: Pro-Ed.
Reynolds, C. A., Hewitt, J. K., Erickson, M. T., Silberg, J. L., Rutter, M., Simonoff, E., et al. (1996). The genetics of children's oral reading performance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37*, 425–434. doi:10.1111/j.1469-7610.1996.tb01423.x
Rojewski, J. W., & Gregg, N. (2011). Career choice patterns of work-bound youth with high incidence disabilities. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.
Rooney, K. J. (1988). *Independent strategies for efficient study*. Richmond, VA: Educational Enterprises.
Rourke, B. P. (1995). *Syndrome of nonverbal learning disabilities: Neurodevelopmental manifestations*. New York: Guilford Press.
Rumsey, J. M., Horwitz, B., Donohue, B. C., Nace, K. L., Maisog, J. M., & Andreason, P. (1999). A functional lesion in developmental dyslexia: Left angular gyral blood flow predicts severity. *Brain and Language, 70*, 187–204. doi:10.1006/brln.1999.2158
Scanlon, D., Patton, J. R., & Raskind, M. (2011). Transition to daily living for persons with high incidence disabilities. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.
Schulte-Korne, G., Deimel, W., Muller, K., Gutenbrunner, C., & Remschmidt, H. (1996). Familial aggregation of spelling disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37*, 817–822. doi:10.1111/j.1469-7610.1996.tb01477.x
Schulte-Korne, G., Ziegler, A., Deimel, W., Schumacher, J., Plume, E., Bachmann, C., et al. (2006). Interrelationship and familiality of dyslexia related quantitative measures. *Annals of Human Genetics, 71*, 160–175. doi:10.1111/j.1469-1809.2006.00312.x
Scruggs, T., Mastropieri, M., & Marshak, L. (2011). Science and social studies. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.
Semrud-Clikeman, M., Walkowiak, J., Wilkinson, A., & Minne, E. P. (2010). Direct and indirect measures of social perception, behavior, and emotional functioning in children with Asperger's disorder, nonverbal learning disability, or ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*, 509–519. doi:10.1007/s10802-009-9380-7
Sexton, M., Harris, K. R., & Graham, S. (1998). Self-regulated strategy development and the writing process: Effects on essay writing and attributions. *Exceptional Children, 64*, 295–311.
Shalev, R. S. (2004). Developmental dyscalculia. *Journal of Child Neurology, 19*, 765–771.
Shaywitz, S. E., Shaywitz, B. A., Fletcher, J. M., & Escobar, M. D. (1990). Prevalence of reading disability in boys and girls: Results of the Connecticut Longitudinal Study. *Journal of the American Medical Association, 264*, 998–1002.
Smith, S. D. (2007). Genes, language development, and language disorders. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 13*, 96–105. doi:10.1002/mrdd.20135
Spekman, N. J., Goldberg, R. J., & Herman, K. L. (1992). Learning disabled children grow up: A search for factors related to success in the young adult years. *Learning Disabilities Research & Practice, 7*, 161–170.
Swanson, H. L., & Jerman, O. (2006). Math disabilities: A selective meta-analysis of the literature. *Review of Educational Research, 76*, 249–274. doi:10.3102/00346543076002249
Swanson, H. L., Kehler, P., & Jerman, O. (2010). Working memory, strategy knowledge, and strategy instruction in children with reading disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 43*, 24–47. doi:10.1177/0022219409338743
Swanson, H. L., Zheng, X., & Jerman, O. (2009). Working memory, short-term memory, and reading disabilities: A selective meta-analysis of the literature. *Journal of Learning Disabilities, 42*, 260–287. doi:10.1177/0022219409331958
Turner, S. G. (1999, Summer). Direct instruction. *Current Practice Alerts, 2*. Retrieved from http://www.teachingld.org/pdf/Alert2.pdf
Troia, G. A. (2004, Summer). A focus on phonological awareness acquisition and intervention. *Current Practice Alerts, 10*. Retrieved from http://www.dldcec.org/pdf/alert10.pdf
Vaughn, S., & Fuchs, L. S. (2003). Redefining learning disabilities as inadequate response to instruction: The promise and potential problems. *Learning Disabilities Research & Practice, 18*, 137–146. doi:10.1111/1540-5826.00070
Willows, D. M. (1998). Visual processes in learning disabilities. In B. L. Swanson (Ed.), *Handbook of assessment of learning disabilities: Theory, research, and practice* (pp. 147–175). Austin, TX: Pro-Ed.
Worling, D. E., Humphries, T., & Tannock, R. (1999). Spatial and emotional aspects of language inferencing in nonverbal learning disabilities. *Brain and Language, 70*, 220–239. doi:10.1006/brln.1999.2156
Wright, V. R., Chau, M., & Aratani, Y. (2010). *Who are America's poor children: The official story*. The National Center for Children in Poverty. Retrieved from http://www.nccp.org/publications/pdf/text_912.pdf
Zigmond, N., & Kloo, A. (2011). General and special education are (and should be) different. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

CHAPTER 7

Allsopp, D. H. (1999). Using modeling, manipulatives, and mnemonics with eighth-grade math students. *Teaching Exceptional Children, 32*, 74–81.
American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., rev.). Washington, DC: Author.
American Psychiatric Association. (2010, May 20). American Psychiatric Association DSM-V Development: 314.0x Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Proposed Revision. Retrieved from http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=383#
Arnsten, A. F. T., Berridge, C. W., & McCracken, J. T. (2009). The neurological basis of attention-deficit hyperactivity disorder. *Primary Psychiatry, 16*, 47–54.
Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Leibson, C. L., & Jacobsen, S. J. (2006). Long-term stimulant medication treatment of ADHD: Results from a population-based study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 27*, 1–10. doi:10.1097/00004703-200602000-00001

Barkley, R. A. (1994). Impaired delayed responding: A unified theory of attention-deficit hyperactivity disorder. In D. K. Routh (Ed.), *Disruptive behavior disorders in childhood* (pp. 11–57). New York: Plenum Press.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin, 121*, 65–94. doi:10.1037/0033-2909.121.1.65

Barkley, R. A. (2000). *A new look at ADHD: Inhibition, time, and self-control* [Video program]. Baltimore: Guilford Press.

Barkley, R. A. (2000). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents* (rev. ed.). New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (2006a). Associated cognitive, developmental, and health problems. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed., pp. 122–183). New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (2006b). Etiologies. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed., pp. 219–247). New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (2006c). History. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed., pp. 3–75). New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (2006d). Primary symptoms, diagnostic criteria, prevalence, and gender differences. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed., pp. 76–121). New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (2006e). A theory of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed., pp. 297–334). New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (2008). Commentary on excerpt of Crichton's chapter, On attention and its diseases. *Journal of Attention Disorders, 12*, 205–206. doi:10.1177/1087054708320390

Barkley, R. A., & Edwards, G. (2006). Diagnostic interview, behavior rating scales, and the medical examination. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed., pp. 337–368). New York: Guilford Press.

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2007). Comorbid psychiatric disorders in adults with ADHD. *The ADHD Report, 15*(3), 1–7. doi:10.1521/adhd.2007.15.3.1

Barkley, R. A., Murphy, K., & Kwasnik, D. (1996). Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 1*, 41–54. doi:10.1177/108705479600100104

Bateman, B., Warner, J. O., Hutchinson, E., Dean, T., Rowlandson, P., Grant, C., et al. (2004). The effects of a double blind, placebo controlled, artificial food colourings and benzoate preservative challenge on hyperactivity in a general population sample of preschool children. *Archives of Disease in Childhood, 89*, 506–511. doi:10.1136/adc.2003.031435

Bauermeister, J. J., Canino, G., Polanczyk, G., & Rohde, L. A. (2010). ADHD across cultures: Is there evidence for a bidimensional organization of symptoms? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39*, 362–372. doi:10.1080/15374411003691743

B[illegible], S., B[illegible], & Rossi, L. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder. In R. A. Carlstedt (Ed.), *Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry, and behavioral medicine* (pp. 479–490). New York: Springer.

Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Kiely, K., et al. (1995). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: A pilot study. *American Journal of Psychiatry, 152*, 431–435.

Biederman, J., Petty, C. R., Monuteaux, M. C., Fried, R., Byrne, D., Mirto, T., Spencer, T., Wilens, T. E., & Faraone, S. V. (2010). Adult psychiatric outcomes of girls with attention deficit hyperactivity disorder: 11-year follow-up in a longitudinal case-control study. *American Journal of Psychiatry, 167*, 409–417. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09050736

Birch, H. G. (1964). *Brain damage in children: The biological and social aspects*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Campbell, S. B., & von Stauffenberg, C. (2009). Delay and inhibition as early predictors of ADHD symptoms in third grade. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*, 1–15. doi:10.1007/s10802-008-9270-4

Castle, L., Aubert, R. E., Verbrugge, R. R., Khalid, M., & Epstein, R. S. (2007). Trends in medication treatment for ADHD. *Journal of Attention Disorders, 10*, 335–342. doi:10.1177/1087054707299597

Cepeda, N. J., Cepeda, M. L., & Kramer, A. F. (2000). Task switching and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 213–226. doi:10.1023/A:1005143419092

Cherkasova, M. V., & Hechtman, L. (2009). Neuroimaging in attention-deficit hyperactivity disorder: Beyond the frontostriatal circuitry. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*, 651–664.

Crichton, A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement* (Vol. 1). London: [illegible] Publishers.

Christakis, D. A., Zimmerman, F. J., DiGiuseppe, D. L., & McCarty, C. A. (2004). Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics, 113*, 708–713. doi:10.1542/peds.113.4.708

Cobb, B., Sample, P. L., Alwell, M., & Johns, N. R. (2006). Cognitive-behavioral interventions, dropout, and youth with disabilities: A systematic review. *Remedial and Special Education, 27*, 259–275. doi:10.1177/07419325060270050201

Conners, C. K. (2008). *Conners 3*. [illegible].

Conners, C. K., Erhardt, D., & Sparrow, E. (1999). *Conners' Adult ADHD Rating Scales*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.

Connor, D. F. (2006). Stimulants. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed., pp. 608–647). New York: Guilford Press.

Cooper, P. (1999). ADHD and effective learning: Principles and practical approaches. In P. Cooper & K. Bilton (Eds.), *ADHD: Research, practice and opinion* (pp. 138–157). London: Whurr.

Corkum, P., Andreou, P., Schachar, R., Tannock, R., & Cunningham, C. (2007). The Telephone Interview Probe: A novel measure of treatment response in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Educational and Psychological Measurement, 67*, 169–185. doi:10.1177/0013164406292036

Cox, D. J., Merkel, R. L., Kovatchev, B., & Seward, R. (2000). Effect of stimulant medication on driving performance of young adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*, 230–234. doi:10.1097/00005053-200004000-00006

Cruickshank, W. M., Bentzen, F. A., Ratzeburg, F. H., & Tannhauser, M. T. (1961). *A teaching method for brain-injured and hyperactive children*. Syracuse, NY: Syracuse University Press.

Cruickshank, W. M., Bice, H. V., & Wallen, N. E. (1957). *Perception and cerebral palsy*. Syracuse, NY: Syracuse University Press.

Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J. S., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., & Coghill, D. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry, 19*, 83–105. doi:10.1007/s00787-009-0046-3

Davies, S., & Witte, R. (2000). Self-management and peer-monitoring within a group contingency to decrease uncontrolled verbalizations of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools, 37*, 135–147. doi:10.1002/(SICI)1520-6807(200003)37:2<135::AID-PITS5>3.0.CO;2-U

De Ramirez, R. D., & Shapiro, E. S. (2005). Effects of student ethnicity on judgments of ADHD symptoms among Hispanic and White teachers. *School Psychology Quarterly, 20*, 268–287.

DuPaul, G. J., Arbolino, L. A., & Booster, G. D. (2009). Cognitive-behavioral interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder. In M. J. Mayer, J. E. Lochman, & R. Van Acker (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions for emotional and behavioral disorders: School-based practice* (pp. 295–327). New York: Guilford Press.

DuPaul, G. J., Barkley, R. A., & Connor, D. F. (1998). Stimulants. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 510–551). New York: Guilford Press.

DuPaul, G. J., & Eckert, T. L. (1997). The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *School Psychology Review, 26*, 5–27.

DuPaul, G. J., Eckert, T. L., & McGoey, K. E. (1997). Interventions for students with attention-deficit/hyperactivity disorder: One size does not fit all. *School Psychology Review, 26*, 369–381.

DuPaul, G. J., & Ervin, R. A. (1996). Functional assessment of behaviors related to attention-deficit/hyperactivity disorder: Linking assessment to intervention design. *Behavior Therapy, 27*, 601–622. doi:10.1016/S0005-7894(96)80046-3

DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretation*. New York: Guilford Press.

Ervin, R. A., DuPaul, G. J., Kern, L., & Friman, P. C. (1998). Classroom-based functional and adjunctive assessments: Proactive approaches to intervention selection for adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis, 31*, 65–78. doi:10.1901/jaba.1998.31-65

Evans, S. W., Pelham, W. E., Smith, B. H., Bukstein, O., Gnagy, E. M., Greiner, A. R., et al. (2001). Dose-response effects of methylphenidate on ecologically valid measures of academic performance and classroom behavior in adolescents with ADHD. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 9*, 163–175.

Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Burrows-MacLean, L., Coles, E. K., Chronis-Tuscano, A., et al. (2007). The single and combined effects of multiple intensities of behavior modification and methylphenidate for children with attention

[illegible] 138-150.

Faraone, S. V., & Doyle, A. E. (2001). The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 10, 299-316.

Feingold, B. F. (1975). Why your child is hyperactive. New York: Random House.

[illegible] (2009). [illegible] Pediatrics, 124, [illegible]

[illegible] (2010). [illegible]

Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Glutting, J. J., & Watkins, M. W. (2007). ADHD and achievement: Meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. Journal of Learning Disabilities, 40, 49-65. doi:10.1177/00222194070400010401

Goldstein, K. (1936). The modification of behavior consequent to cerebral lesions. Psychiatric Quarterly, 10, 586-610.

Goldstein, K. (1939). The organism. New York: American Book Co.

Goldstein, S., & Kennemer, K. (2005). Neuropsychological aspects of attention-deficit hyperactivity disorder. In C. R. Reynolds & E. Fletcher-Janzen (Eds.), Handbook of clinical child neuropsychology (3rd ed., pp. 617-633). New York: Springer.

[illegible] (1987). Attention deficit hyperactivity disorder. In [illegible] & M. A. [illegible] (Eds.), Advances in learning and behavioral disabilities, Vol. 11 (pp. 27-57). Greenwich, CT: JAI Press.

Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (2006). Delivered from distraction: Getting the most out of life with attention deficit disorder. New York: Ballantine Books.

Harris, K. R., Friedlander, B. D., Saddler, B., Frizzelle, R., & Graham, S. (2005). Self-monitoring of attention versus self-monitoring of academic performance: Effects among students with ADHD in the general education classroom. The Journal of Special Education, 39, 145-156. doi:10.1177/00224669050390030201

Hoffmann, H. (1845). Die Geschichte vom Zappel-Philipp [The Story of Fidgety Philip]. In Der Struwwelpeter [Slovenly Peter]. Germany: [illegible]

Horner, R. H., & Carr, E. G. (1997). Behavioral support for students with severe disabilities: Functional assessment and comprehensive intervention. The Journal of Special Education, 31, 84-104.

Kameenui, E. J., & Carnine, D. W. (1998). Effective teaching strategies that accommodate diverse learners. Upper Saddle River, NJ: Merrill.

Katusic, S. K., Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Leibson, C. L., & Jacobsen, S. J. (2005). Psychostimulant treatment and risk for substance abuse among young adults with a history of attention-deficit hyperactivity disorder: A population-based, birth cohort study. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 15, 764-776. doi:10.1089/cap.2005.15.764

[illegible] (2006). Hyperactivity and [illegible] [illegible] doi:10.1177/[illegible]

[illegible] (2005). Academic strategies for children with ADHD. [illegible]

[illegible] (2010). [illegible]

[illegible] (1997). [illegible] Journal of Abnormal Child Psychology, [illegible] 245-259.

Landau, S., Milich, R., & Diener, M. B. (1998). Peer relations of children with attention-deficit hyperactivity disorder. Reading and Writing Quarterly: Overcoming Learning Difficulties, 14, 83-105.

Lawrence, V., Houghton, S., Tannock, R., Douglas, G., Durkin, K., & Whiting, K. (2002). ADHD outside the laboratory: Boys' executive function performance on tasks in videogame play and on a visit to the zoo. Journal of Abnormal Child Psychology, 30, 447-462. doi:10.1023/A:1019812829706

Levy, F., Hay, D. A., & [illegible] (1998). [illegible] attention deficit hyperactivity disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32, 697-[illegible] doi:10.3109/00048679809062729

Levy, F., & Hay, D. A. (2001). Attention, genes, and attention deficit hyperactivity disorder. Philadelphia: Psychology Press.

Li, D., Sham, P. C., Owen, M. J., & He, L. (2006). Meta-analysis shows significant association between dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Human Molecular Genetics, 15, 2276-2284. doi:10.1093/hmg/ddl152

Lloyd, J. W., Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Keller, C. E. (1998). Academic problems. In T. H. Ollendick & M. Hersen (Eds.), Handbook of child psychopathology (3rd ed., pp. 167-198). Boston: Allyn & Bacon.

[illegible] (2007). [illegible] Journal of Attention Disorders, 10, 249-259. doi:10.1177/[illegible]

Marshall, R. M., Hynd, G. W., Handwerk, M. J., & Hall, J. (1997). Academic underachievement in ADHD subtypes. Journal of Learning Disabilities, 30, 635-642. doi:10.1177/002221949703000607

Meszaros, A., Czobor, P., Balint, S., Komlosi, S., Simon, V., & Bitter, I. (2009). Pharmacotherapy of adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A meta-analysis. International Journal of Neuropsychopharmacology, 12, 1137-1147.

McGoey, K. E., [illegible] (2009). Attention-deficit hyperactivity disorder. In [illegible] (Ed.), Social behavior and skills in children (pp. 159-[illegible]). New York: Springer.

Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V., Guite, J., & Tsuang, M. T. (1997). Pregnancy, delivery and infancy complications and attention deficit hyperactivity disorder: Issues of gene-environment interaction. Biological Psychiatry, 41, 65-75. doi:10.1016/0006-3223(95)00653-2

Molina, B. S. G., Flory, K., Hinshaw, S. P., Greiner, A. R., Arnold, L. E., Swanson, J. M., et al. (2007). Delinquent behavior and emerging substance use in the MTA at 36 months: Prevalence, course, and treatment effects. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46, 1028-1040. doi:10.1097/chi.0b013e3180686d96

Molina, B. S. G., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., & MTA Cooperative Group. (2009). MTA at 8 years: Prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48, 484-500. doi:10.1097/CHI.0b013e31819c23d0

MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry, 56, 1073-1086.

National Institute of Mental Health. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder (NIH Publication No. 08-3572). Retrieved [illegible] from http://www.nimh.nih.gov/[illegible]

Neuman, R. J., Lobos, E., Reich, W., Henderson, C. A., Sun, L.-W., & Todd, R. D. (2007). Prenatal smoking exposure and dopaminergic genotypes interact to cause a severe ADHD subtype. Biological Psychiatry, 61, 1320-1328. doi:10.1016/j.biopsych.2006.08.049

Nigg, J. T. (2006). What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why. New York: Guilford Press.

Nigg, J. T., Nikolas, M., Knottnerus, G. M., Cavanagh, K., & Friderici, K. (2010). Confirmation and extension of association of blood lead with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and ADHD symptom domains at population-typical exposure levels. The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51, 58-65. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02135.x

Nikolas, M. A., & Burt, S. A. (2010). Genetic and environmental influences on ADHD symptom dimensions of inattention and hyperactivity: A meta-analysis. Journal of Abnormal Psychology, 119, 1-17. doi:10.1037/a0018010

Palmer, E. D., & Finger, S. (2001). An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr. Alexander Crichton and "mental restlessness" (1798). Child Psychology and Psychiatry Review, 6, 66-73. doi:10.1017/S1360641701002507

Pasamanick, B., Rogers, M. E., & Lilienfeld, A. M. (1956). Pregnancy experience and the development of behavior disorders in children. American Journal of Psychiatry, 112, 613-617.

Pfiffner, L. J., Barkley, R. A., & DuPaul, G. J. (2006). Treatment of ADHD in school settings. In R. A. Barkley (Ed.), Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed., pp. 122-183). New York: Guilford Press.

Pinel, J. P. J. (2009). Biopsychology (7th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. American Journal of Psychiatry, 164, 942-948. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.942

Posner, K., Pressman, A. W., & Greenhill, L. L. (2009). ADHD in preschool children. In T. E. Brown (Ed.), ADHD comorbidities: Handbook for ADHD complications in children and adults (pp. 37-53). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Ramsay, J. R. (2010). Nonmedication treatments for adult ADHD: Evaluating impact on daily functioning and well-being. Washington, DC: American Psychological Association.

Reid, R., Casat, C. D., Norton, H. J., Anastopoulos, A. D., & Temple, E. P. (2001). Using behavior rating scales for ADHD across ethnic groups: The IOWA Conners. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders, 9*, 210–218. doi:10.1177/106342660100900401

Reid, R., & Lienemann, T. O. (2006). Self-regulated strategy development for written expression with students with attention deficit/hyperactivity disorder. *Exceptional Children, 73*, 53–68.

Reid, R., Trout, A. L., & Schartz, M. (2005). Self-regulation interventions for children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Exceptional Children, 71*, 361–377.

Richards, T. L., Deffenbacher, J. L., Rosen, L. A., Barkley, R. A., & Rodricks, T. (2006). Driving anger and driving behavior in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 10*, 54–64. doi:10.1177/1087054705284244

Rooney, K. J. (1995). Teaching students with attention disorders. *Intervention in School and Clinic, 30*, 221–225.

Rosenshine, B. (1995). Advances in research on instruction. *The Journal of Educational Research, 88*, 262–268.

Rowland, A. S., Umbach, D. M., Catoe, K. E., Stallone, L., Long, S., Rabiner, D., et al. (2001). Studying the epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorder: Screening method and pilot results. *Canadian Journal of Psychiatry, 46*, 931–940.

Rucklidge, J., Brown, D., Crawford, S., & Kaplan, B. (2007). Attributional styles and psychosocial functioning of adults with ADHD: Practice issues and gender differences. *Journal of Attention Disorders, 10*, 288–298. doi:10.1177/1087054706289942

Schachar, R., Mota, V. L., Logan, G. D., Tannock, R., & Klim, P. (2000). Confirmation of an inhibitory control deficit in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 227–235. doi:10.1023/A:1005140103162

Schatz, D. B., & Rostain, A. L. (2006). ADHD with comorbid anxiety: A review of the current literature. *Journal of Attention Disorders, 10*, 141–149. doi:10.1177/1087054706286698

Scheffler, R. M., Brown, T. T., Fulton, B. D., Hinshaw, S. P., Levine, P., & Stone, S. (2009). Positive association between attention-deficit/hyperactivity disorder medication use and academic achievement during elementary school. *Pediatrics, 123*, 1273–1279. doi:10.1542/peds.2008-1597

Semrud-Clikeman, M., Steingard, R. J., Filipek, P., Biederman, J., Bekken, K., & Renshaw, P. F. (2000). Using MRI to examine brain-behavior relationships in males with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 477–484. doi:10.1097/00004583-200004000-00017

Shapiro, E. S., DuPaul, G. J., & Bradley-Klug, K. L. (1998). Self-management as a strategy to improve the classroom behavior of adolescents with ADHD. *Journal of Learning Disabilities, 31*, 545–555. doi:10.1177/002221949803100605

Shaw, P., & Rabin, C. (2009). New insights into attention-deficit/hyperactivity disorder using structural neuroimaging. *Current Psychiatry Reports, 11*, 393–398. doi:10.1007/s11920-009-0059-0

Solanto, M. V. (1998). Neuropsychopharmacological mechanisms of stimulant drug action in attention-deficit hyperactivity disorder: A review and integration. *Behavioural Brain Research, 94*, 127–152. doi:10.1016/S0166-4328(97)00175-7

Spencer, T. J., Biederman, J., & Wilens, T. E. (2010). Medications used for attention-deficit/hyperactivity disorder. In M. K. Dulcan (Ed.), *Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry* (published online). American Psychiatric Publishing. Retrieved from http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aid=393008

Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *The Lancet, 1*, 1008–1012, 1077–1082, 1163–1168.

Strauss, A. A., & Werner, H. (1942). Disorders of conceptual thinking in the brain-injured child. *Journal of Nervous and Mental Disease, 96*, 153–172.

Swanson, J., Arnold, L. E., Hechtman, L., Molina, B., Hinshaw, S., Vitiello, B., & MTA Cooperative Group. (2008). *Journal of Attention Disorders, 12*, 4–14. doi:10.1177/1087054708319345

Tankersley, M. (1995). A group-oriented contingency management program: A review of research on the good behavior game and implications for teachers. *Preventing School Failure, 40*, 19–24.

Tripp, G., & Alsop, B. (2001). Sensitivity to reward delay in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*, 691–698. doi:10.1111/1469-7610.00764

Tripp, G., & Wickens, J. R. (2009). Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology, 57*, 579–589. doi:10.1016/j.neuropharm.2009.07.026

Vaughn, S., Schumm, J. S., & Arguelles, M. E. (1997). The ABCDEs of Co-teaching. *Teaching Exceptional Children, 30*(2), 4–10.

Volkow, N. D., Wang, G.-J., Newcorn, J., Telang, F., Solanto, M. V., Fowler, J. S., et al. (2007). Depressed dopamine activity in caudate and preliminary evidence of limbic involvement in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry, 64*, 932–940. doi:10.1001/archpsyc.64.8.932

Walcott, C. M., Scheemaker, A., & Bielski, K. (2010). A longitudinal investigation of inattention and preliteracy development. *Journal of Attention Disorders, 14*, 79–85. doi:10.1177/1087054709333330

Weiss, L. (1992). *Attention deficit disorder in adults*. Lanham, MD: Taylor Publishing.

Weiss, M., Hechtman, L., & Weiss, G. (2000). ADHD in parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1059–1061. doi:10.1097/00004583-200008000-00023

Werner, H., & Strauss, A. A. (1939). Types of visuo-motor activity in their relation to low and high performance ages. *Proceedings of the American Association on Mental Deficiency, 44*, 163–168.

Werner, H., & Strauss, A. A. (1941). Pathology of figure-background relation in the child. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 36*, 236–248. doi:10.1037/h0058190

Weyandt, L. L. (2009a). Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. In M. C. Smith & N. DeFrates-Densch, N. (Eds.), *Handbook of research on adult learning and development* (pp. 670–692). New York: Routledge.

Weyandt, L. L. (2009b). Executive functions and attention deficit hyperactivity disorder. *The ADHD Report, 17*(6), 1–7. doi:10.1521/adhd.2009.17.6.1

Weyandt, L. L., & DuPaul, G. (2006). ADHD in college students. *Journal of Attention Disorders, 10*, 9–19. doi:10.1177/1087054705286061

Whalen, C. K., Henker, B., Ishikawa, S. S., Jamner, L. D., Floro, J. N., Johnston, J. A., et al. (2006). An electronic diary study of contextual triggers and ADHD: Get ready, get set, get mad. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*, 166–174. doi:10.1097/01.chi.0000189057.67902.10

Wilens, T. E., & Biederman, J. (1992). Pediatric psychopharmacology: The stimulants. *Pediatric Clinics of North America, 39*(1), 191–222.

Willcutt, E. G., Chhabildas, N., & Pennington, B. F. (2001). Validity of the DSM-IV subtypes of ADHD. *ADHD Report, 9*(1), 2–5. doi:10.1521/adhd.9.1.2.16970

Willcutt, E. G., Pennington, B. F., Boada, R., Ogline, J. S., Tunick, R. A., Chhabildas, N. A., et al. (2001). A comparison of the cognitive deficits in reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 157–172. doi:10.1037/0021-843X.110.1.157

Wolraich, M. L., Wilson, D. B., & White, J. W. (1995). The effect of sugar on behavior or cognition in children: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 274*, 1617–1621.

Woodward, L. J., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2000). Driving outcomes for young people with attentional difficulties in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 627–634. doi:10.1097/00004583-200005000-00017

CHAPTER 8

Anastasiou, D., Gardner, R., & Michail, D. (2011). Ethnicity and exceptionality. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Bateman, B. D., & Linden, M. A. (2006). *Better IEPs: How to develop legally correct and educationally useful programs* (4th ed.). Verona, WI: Attainment.

Bower, E. M. (1982). Defining emotional disturbance: Public policy and research. *Psychology in the Schools, 19*, 55–60. doi:10.1002/1520-6807(198201)19:1<55::AID-PITS2310190112>3.0.CO;2-2

Bringham, F. J., & Kauffman, J. M. (1998). Creating supportive environments for students with emotional or behavioral disorders. *Effective School Practices, 17*(2), 25–35.

Brolin, D. E., & Loyd, R. J. (2004). *Career development and transition services: A functional life-skills approach* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Cheney, D., & Bullis, M. (2004). The school-to-community transition of adolescents with emotional and behavioral disorders. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 369–384). New York: Guilford.

Chesapeake Institute. (1994, September). *National agenda for achieving better results for children and youth with serious emotional disturbance*. Washington, DC: Author.

Coleman, M., & Vaughn, S. (2000). Reading interventions for students with emotional/behavioral disorders. *Behavioral Disorders, 25*, 93–104.

Colvin, G. (2004). *Managing the cycle of acting-out behavior in the classroom*. Eugene, OR: Behavior Associates.

Cooper, P. (2005). Biology and behaviour: The educational relevance of a "biopsychosocial" perspective. In P. Clough, P. Garner, J. T. Pardeck, & F. K. O. Yuen (Eds.), *Handbook of emotional and behavioural difficulties in education* (pp. 91–105). London: Sage.

Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 972–986.

Costello, E. J., Foley, D., & Angold, A. (2006). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*, 8–25.

Council for Exceptional Children. (2009). *What every special educator should know* (6th ed.). Reston, VA: Author.

Coutinho, M. J., & Oswald, D. P. (2011). Gender and exceptionality. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Cullinan, D. (2004). Classification and definition of emotional and behavioral disorders. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 32–53). New York: Guilford.

Cullinan, D. (2007). *Students with emotional and behavior disorders: An introduction for teachers and other helping professionals* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Pearson.

DiPerna, J. C. (2006). Academic enablers and student achievement: Implications for assessment and intervention in the schools. *Psychology in the Schools, 43*, 7–17. doi:10.1002/pits.20125

DiPerna, J. C., & Elliott, S. N. (2000). *Academic competence evaluation scales*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Dunlap, G., Strain, P. S., Fox, L., Carta, J. J., Conroy, M., Smith, B. J., et al. (2006). Prevention and intervention with young children's challenging behavior: Perspectives regarding current knowledge. *Behavioral Disorders, 32*, 29–45.

Epstein, M. H., & Sharma, J. (1997). *Behavioral and Emotional Rating Scale (BERS): A strength-based approach to assessment*. Austin, TX: Pro-Ed.

Evertson, C., & Weinstein, C. (Eds.) (2006). *Handbook of classroom management: Research, practice and contemporary issues*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Farmer, E. M. Z., & Farmer, T. W. (1999). The role of schools in outcomes for youth: Implications for children's mental health services research. *Journal of Child and Family Studies, 8*, 377–396. doi:10.1023/A:1021943518480

Farmer, T. W. (2000). Misconceptions of peer rejection and problem behavior: Understanding aggression in students with mild disabilities. *Remedial and Special Education, 21*, 194–208. doi:10.1177/074193250002100401

Farmer, T. W., Farmer, E. M. Z., & Gut, D. (1999). Implications of social development research for school based intervention for aggressive youth with emotional and behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 7*, 130–136. doi:10.1177/106342669900700301

Farmer, T. W., Quinn, M. M., Hussey, W., & Holahan, T. (2001). The development of disruptive behavioral disorders and correlated constraints: Implications for intervention. *Behavioral Disorders, 26*, 117–130.

Fenning, P. A., & Bohanon, H. (2006). Schoolwide discipline policies: An analysis of discipline codes of conduct. In C. Evertson & C. Weinstein (Eds.), *Handbook of classroom management: Research, practice, and contemporary issues* (pp. 1021–1039). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Forness, S. R., & Beard, K. Y. (2007). Strengthening the research base in special education: Evidence-based practice and interdisciplinary collaboration. In J. Crockett, M. Gerber, & T. Landrum (Eds.), *Achieving the radical reform of special education* (pp. 169–188). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Forness, S. R., & Kavale, K. A. (2001). Ignoring the odds: Hazards of not adding the new medical model to special education decisions. *Behavioral Disorders, 26*, 269–281.

Forness, S. R., & Knitzer, J. (1992). A new proposed definition and terminology to replace "serious emotional disturbance" in Individuals with Disabilities Act. *School Psychology Review, 21*, 12–20.

Fox, J., & Davis, C. (2005). Functional behavior assessment in schools: Current research findings and future directions. *Journal of Behavioral Education, 14*(1), 1–4. doi:10.1007/s10864-005-0957-0

Fox, J. J., & Gable, R. A. (2004). Functional behavioral assessment. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), Handbook of research in emotional and behavioral disorders (pp. 143–162). New York: Guilford.

Furlong, M. J., Morrison, G. M., & Fisher, C. S. (2005). The influences of the school contexts and processes on violence and disruption in American schools. In P. Clough, P. Garner, J. T. Pardeck, & F. K. O. Yuen (Eds.), *Handbook of emotional and behavioural difficulties in education* (pp. 106–120). London: Sage.

Furlong, M. J., Morrison, G. M., & Jimerson, S. (2004). Externalizing behaviors of aggression and violence and the school context. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 243–261). New York: Guilford.

Garrity, C., Jens, K., Porter, W. W., Sager, N., & Short-Camilli, C. (1997). Bullyproofing your school: Creating a positive climate. *Intervention in School and Clinic, 32*, 235–243.

Garrity, C., Jens, K., Porter, W. W., Sager, N., & Short-Camilli, C. (2000). *Bully-proofing your school: A comprehensive approach for elementary schools* (2nd ed.). Longmont, CO: Sopris West.

Gresham, F. M., & Kern, L. (2004). Internalizing behavior problems in children and adolescents. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 262–281). New York: Guilford.

Hallenbeck, B. A., & Kauffman, J. M. (1995). How does observational learning affect the behavior of students with emotional or behavioral disorders? A review of research. *Journal of Special Education, 29*, 45–71. doi:10.1177/002246699502900103

Huefner, D. S. (2006). *Getting comfortable with special education law: A framework for working with children with disabilities* (2nd ed.). Norwood, MA: Christopher-Gordon.

Ishii-Jordan, S. R. (2000). Behavioral interventions used with diverse students. *Behavioral Disorders, 25*, 299–309.

Jolivette, K., Stichter, J. P., & McCormick, K. M. (2002). Making choices—improving behavior—engaging in learning. *Teaching Exceptional Children, 34*(3), 24–30.

Jones, V., Dohrn, E., & Dunn, C. (2004). *Creating effective programs for students with emotional and behavioral disorders*. Boston: Allyn & Bacon.

Kauffman, J. M. (1997). Conclusion: A little of everything, a lot of nothing is an agenda for failure. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 5*, 76–81.

Kauffman, J. M. (1999). How we prevent the prevention of emotional and behavioral disorders. *Exceptional Children, 65*, 448–468.

Kauffman, J. M. (2005). How we prevent the prevention of emotional and behavioural difficulties in education. In P. Clough, P. Garner, J. T. Pardeck, & F. K. O. Yuen (Eds.), *Handbook of emotional and behavioural difficulties in education* (pp. 366–376). London: Sage.

Kauffman, J. M. (2010). The problem of early identification. In H. Ricking & G. C. Schulze (Eds.), *Förderbedarf in der emotionalen und sozialen Entwicklung: Prävention, Interdisziplinarität und Professionalisierung* (pp. 171–177). Bad Heilbrunn, Germany: Klinkhardt Verlag.

Kauffman, J. M., Bantz, J., & McCullough, J. (2002). Separate and better: A special public school class for students with emotional and behavioral disorders. *Exceptionality, 10*, 149–170.

Kauffman, J. M., & Brigham, F. J. (2009). *Working with troubled children*. Verona, WI: Attainment.

Kauffman, J. M., Conroy, M., Gardner, R., & Oswald, D. (2008). Cultural sensitivity in the application of behavior principles to education. *Education and Treatment of Children, 31*, 239–262. doi:10.1353/etc.0.0019

Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2006). *Children and youth with emotional and behavioral disorders: A brief history of their education*. Austin, TX: Pro-Ed.

Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2009a). *Cases in emotional and behavioral disorders of children and youth* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Pearson.

Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2009b). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (9th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Pearson.

Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2009c). Politics, civil rights, and disproportional identification of students with emotional and behavioral disorders. *Exceptionality, 17*, 177–188. doi:10.1080/09362830903231903

Kauffman, J. M., Mock, D. R., & Simpson, R. L. (2007). Problems related to underservice of students with emotional or behavioral disorders. *Behavioral Disorders, 33*, 43–57.

Kauffman, J. M., Mock, D. R., Tankersley, M., & Landrum, T. J. (2008). Effective service delivery models. In R. J. Morris & N. Mather (Eds.), *Evidence-based interventions for students with learning and behavioral challenges* (pp. 359–378). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Kauffman, J. M., Nelson, C. M., Simpson, R. L., & Mock, D. R. (2011). Contemporary issues. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Kauffman, J. M., Pullen, P. L., Mostert, M. P., & Trent, S. C. (2011). *Managing classroom behavior: A reflective case-based approach* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Pearson.

Kauffman, J. M., Simpson, R. L., & Mock, D. R. (2009). Problems related to underservice: A rejoinder. *Behavioral Disorders, 34*, 172–180.

Kazdin, A. E. (2008). *The Kazdin method for parenting the defiant child*. Boston: Houghton Mifflin.

Keogh, B. K. (2003). *Temperament in the classroom: Understanding individual differences*. Baltimore: Brookes.

CHAPTER 1

Bateman, B. D. (2007). Law and the conceptual foundations of special education practice. In J. B. Crockett, M. M. Gerber, & T. J. Landrum (Eds.), *Achieving the radical reform of special education: Essays in honor of James M. Kauffman* (pp. 95–114). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Bateman, B. D. (2011). Individual education programs for children with disabilities. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Bateman, B. D., & Linden, M. A. (2006). *Better IEPs: How to develop legally correct and educationally useful programs* (4th ed.). Verona, WI: Attainment.

Board of Education of Hendrick Hudson v. Rowley, 458 U.S. 176 (1982).

Bolger, K. E., & Patterson, C. J. (2001). Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development*, 72, 549–568.

Carr, M. R. (2004, January 4). My son's disability, and my own inability to see it. *The Washington Post*, p. B5.

Crockett, J. B., & Kauffman, J. M. (1999). *The least restrictive environment: Its origins and interpretations in special education*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Crockett, J. B., & Kauffman, J. M. (2001). The concept of the least restrictive environment and learning disabilities: Least restrictive of what? Reflections on Cruickshank's 1977 guest editorial for the *Journal of Learning Disabilities*. In D. P. Hallahan & B. K. Keogh (Eds.), *Research and global perspectives in learning disabilities: Essays in honor of William M. Cruickshank* (pp. 147–166). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Dupre, A. P. (1997). Disability and the public schools: The case against "inclusion." *Washington Law Review*, 72, 775–858.

Earley, P. (2006). *Crazy: A father's search through America's mental health madness*. New York: Penguin.

Gelman, J. A., Pullen, P. L., & Kauffman, J. M. (2004). The meaning of highly qualified and a clear roadmap to accomplishment. *Exceptionality*, 12, 195–207. doi:10.1207/s15327035ex1204_2

Gerber, M. M. (2011). History. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Gladwell, M. (2008). *Outliers: The story of success*. New York: Little, Brown.

Goin, M. K. (2007, July 8). The wrong place to treat mental illness. *The Washington Post*, p. B7.

Gresham, T. (2007, May 7). Something to cheer about. *The Daily Progress*, pp. B1, B6. Charlottesville, VA.

Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M. (1977). Labels, categories, behaviors: ED, LD, and EMR reconsidered. *Journal of Special Education*, 11, 139–149. doi: 10.1177/002246697701100202

Hallahan, D. P., Lloyd, J. W., Kauffman, J. M., Weiss, M., & Martinez, E. (2005). *Introduction to learning disabilities* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Baltimore: Brookes.

Hendrick, I. G., & MacMillan, D. L. (1989). Selecting children for special education in New York City: William Maxwell, Elizabeth Farrell, and the development of ungraded classes, 1900–1920. *Journal of Special Education*, 22, 395–417. doi: 10.1177/002246698902200404

Heward, W. L. (2003). Ten faulty notions about teaching and learning that hinder the effectiveness of special education. *The Journal of Special Education*, 36, 186–205. doi: 10.1177/002246690303600401

Holmes, M. S. (2004). *Fictions of affliction: Physical disability in Victorian culture*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.

Hoefner, D. S. (1991). The mainstreaming cases: Tensions and trends for school administrators. *Educational Administration Quarterly*, 27–55. doi: 10.1177/0013161X91027001003

Huefner, D. S. (2006). *Getting comfortable with special education law: A framework for working with children with disabilities* (2nd ed.). Norwood, MA: Christopher Gordon.

Hungerford, R. (1950). On locusts. *American Journal of Mental Deficiency*, 54, 415–418.

Itard, J. M. G. (1962). *The wild boy of Aveyron* (G. Humphrey & M. Humphrey, Trans.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Kanner, L. (1964). *A history of the care and study of the mentally retarded*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Kauffman, J. M. (1999a). Today's special education and its messages for tomorrow. *The Journal of Special Education*, 32, 244–254. doi: 10.1177/002246699903200405

Kauffman, J. M. (1999b). How we prevent the prevention of emotional and behavioral disorders. *Behavioral Disorders*, 65, 448–468.

Kauffman, J. M. (2004). The President's commission and the devaluation of special education. *Education and Treatment of Children*, 27, 307–324.

Kauffman, J. M. (2005). Waving to Ray Charles: Missing the meaning of disability. *Phi Delta Kappan*, 86(6), 520–521, 524.

Kauffman, J. M. (2007). Conceptual models and the future of special education. *Education and Treatment of Children*, 30(4), 1–18.

Kauffman, J. M. (2008). 44: Special education. In T. L. Good (Ed.), *21st Century education: A reference handbook* (pp. 405–413). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kauffman, J. M. (2010). *The tragicomedy of public education: Laughing, crying, thinking, fixing*. Verona, WI: Attainment.

Kauffman, J. M., & Brigham, F. J. (2009). *Working with troubled children*. Verona, WI: Attainment.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (1974). The medical model and the science of special education. *Exceptional Children*, 41, 97–102.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (2005a). *Special education: What it is and why we need it*. Boston: Allyn & Bacon.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (Eds.). (2005b). *The illusion of full inclusion: A comprehensive critique of a current special education bandwagon* (2nd ed.). Austin, TX: Pro-Ed.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (2009). Parental choices and ethical dilemmas involving disabilities: Special education and the problem of deliberately chosen disabilities. *Exceptionality*, 17, 45–62. doi:10.1080/09362830802667835

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (Eds.). (2011). *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Kauffman, J. M., & Hung, L. Y. (2009). Special education for intellectual disability: Current trends and perspectives. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 452–456. doi: 10.1097/YCO.0b013e32832eb5c3

Kauffman, J. M., & Konold, T. R. (2007). Making sense in education: Pretense (including NCLB) and realities in rhetoric and policy about schools and schooling. *Exceptionality*, 15, 75–96. doi:10.1080/09362830701294151

Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2006). *Children and youth with emotional and behavioral disorders: A history of their education*. Austin, TX: Pro-Ed.

Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2007). Educational service interventions and reforms. In J. W. Jacobson, J. A. Mulick, & J. Rojahn (Eds.), *Handbook of intellectual and developmental disabilities* (pp. 173–188). New York: Springer.

Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2009). Politics, civil rights, and disproportional identification of students with emotional and behavioral disorders. *Exceptionality*. doi: 10.1080/09362830903231903

Kauffman, J. M., Mock, D. R., Tankersley, M., & Landrum, T. J. (2008). Effective service delivery models. In R. J. Morris & N. Mather (Eds.), *Evidence-based interventions for students with learning and behavioral challenges* (pp. 359–378). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Kauffman, J. M., & Wiley, A. L. (2004). How the president's Commission on Excellence in Special Education (PCESE) devalues special education. *Learning Disabilities: A Multidisciplinary Journal*, 13, 3–6.

Lamb, H. R., & Weinberger, L. E. (Eds.). (2001). *Deinstitutionalization: Promise and problems*. San Francisco: Jossey-Bass.

Lloyd, J. W., Forness, S. R., & Kavale, K. A. (1998). Some methods are more effective than others. *Intervention in School and Clinic*, 33, 195–200.

MacMillan, D. L., & Forness, S. R. (1998). The role of IQ in special education placement decisions: Primary and determinative or peripheral and inconsequential? *Remedial and Special Education*, 19, 239–253.

Metzler, I. (2006). *Disability in medieval Europe: Thinking about physical impairment during the High Middle Ages, c. 1100–1400*. New York: Routledge.

National Research Council. (2001). *Educating children with autism*. Washington, DC: National Academy Press.

Nomani, A. Q. (2007, April 29). My brother's battle—and mine. *The Washington Post*, p. B2.

Palmer, D. S., Fuller, K., Arora, T., & Nelson, M. (2001). Taking sides: Parent's views on inclusion for their children with severe disabilities. *Exceptional Children*, 67, 467–484.

Pinel, J. P. J. (2006). *Biopsychology* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon/Pearson.

Baron-Cohen, S. (2003). *The essential difference: Men, women and the extreme male brain.* London: Penguin.

Baron-Cohen, S., Auyeung, B., Ashwin, E., & Knickmeyer, R. (2009). Fetal testosterone and autistic traits: A response to three fascinating commentaries. *British Journal of Psychology, 100,* 39–47. doi:10.1348/000712608X394271

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition, 21,* 37–46. doi:10.1016/0010-0277(85)90022-8

Bedford, H., Booy, R., Dunn, D., DiGuiseppi, C., Gibb, D., Gilbert, R., et al. (1998). Correspondence. *The Lancet, 351,* 907. doi:10.1016/S0140-6736(05)70323-2

Bell, R. Q., & Harper, L. V. (1977). *Child effects on adults.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Bellini, S., & Hopf, A. (2007). The development of the autism social skills profile: A preliminary analysis of psychometric properties. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 22,* 80–87. doi:10.1177/10883576070220020801

Ben-Sasson, A., Hen, L., Fluss, R., Cermak, S. A., Engel-Yeger, B., & Gal, E. (2009). A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 39,* 1–11. doi:10.1007/s10803-008-0593-3

Bettelheim, B. (1967). *The empty fortress.* New York: Free Press.

Bishop, D. V. M., Whitehouse, A. J. O., Watt, H. J., & Line, E. A. (2008). *Developmental Medicine & Child Neurology, 50,* 1–5.

Bleuler, E. (1951). *Textbook of psychiatry* (A. A. Brill, Trans.). New York: Dover. (Original work published 1916)

Cadigan, K., & Estrem, T. (Fall/Winter, 2006/2007). Identification and assessment of autism spectrum disorders. *Impact, 19*(3), 4–5.

Cannon, L. (2004, July 23). Youth uses Web to help others on 'wrong planet.' *Charlottesville Daily Progress.*

Causton-Theoharis, J., Ashby, C., & Cosier, M. (2009). Islands of loneliness: Exploring social interaction through the autobiographies of individuals with autism. *Intellectual and Developmental Disabilities, 47,* 84–96. doi:10.1352/1934-9556-47.2.84

Cederlund, M., Hagberg, B., Billstedt, E., Gillberg, I. C., & Gillberg, C. (2008). Asperger syndrome and autism: A comparative longitudinal follow-up study more than 5 years after original diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38,* 72–85. doi:10.1007/s10803-007-0364-6

Centers for Disease Control and Prevention. (2008, October 20). *Update: Measles outbreaks continue in U.S.* Retrieved from http://cdc.gov/Features/MeaslesUpdate/

Centers for Disease Control and Prevention. (2009, December 18). Prevalence of autism spectrum disorders—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 58*(SS-10), 1–20.

Chen, R. T., & DeStefano, F. (1998). Vaccine adverse events: Causal or coincidental? *The Lancet, 351,* 611–612. doi:10.1016/S0140-6736(05)78423-3

Clifford, S. M., & Dissanayake, C. (2008). The early development of joint attention in infants with autistic disorder using home video observations and parental interview. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38,* 791–805. doi:10.1007/s10803-007-0444-7

Cohen, I. L., Schmidt-Lackner, S., Romanczyk, R., & Sudhalter, V. (2003). The PDD behavior inventory: A rating scale for assessing response to intervention in children with pervasive developmental disorder. *Journal of Autism and Developmental Disabilities, 33,* 31–45. doi:10.1023/A:1022226403878

Cohen, I. L., & Sudhalter, V. (2005). *PDD Behavior Inventory (PDDBI).* Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.

Colle, L., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & van der Lely, H. K. J. (2008). Narrative discourse in adults with high-functioning autism or Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38,* 28–40. doi:10.1007/s10803-007-0357-5

Conroy, M., Stichter, J. P., & Gage, N. (2011). Current issues and trends in the education of children and youth with autism spectrum disorders. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education.* New York: Routledge.

Constantino, J. N., & Gruber, C. P. (2005). *The social responsiveness scale (SRS).* Los Angeles: Western Psychological Services.

Coo, H., Ouellette-Kuntz, H., Lloyd, J. E. V., Kasmara, L., Holden, J. J. A., & Lewis, M. E. S. (2008). Trends in autism prevalence: Diagnostic substitution revisited. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38,* 1036–1046. doi:10.1007/s10803-007-0478-x

Courchesne, E., Carper, R., & Akshoomoff, N. (2003). Evidence of brain overgrowth in the first year of life in autism. *Journal of the American Medical Association, 290,* 337–344.

Courchesne, E., Karns, C. M., Davis, H. R., Ziccardi, R., Carper, R. A., Tigue, Z. D., et al. (2001). Unusual brain growth patterns in early life in patients with autistic disorder. *Neurology, 57,* 245–254.

Editors of *The Lancet.* (2010, February 2). Retraction—Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet.* Retrieved from http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60175-4/fulltext doi:10.1016/S0140-6736(10)60175-4

Eisenberg, L., & Kanner, K. (1956). Early infantile autism, 1943–1955. *American Journal of Orthopsychiatry, 26,* 556–566.

Elder, L. M., Dawson, G., Toth, K., Fein, D., & Munson, J. (2008). Head circumference as an early predictor of autism symptoms in younger siblings of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38,* 1104–1111. doi:10.1007/s10803-007-0495-0

Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2009). Meta-analysis of Early Intensive Behavioral Intervention for children with autism. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 38,* 439–450. doi:10.1080/15374410902851739

Falter, C. M., Plaisted, K. C., & Davis, G. (2008). Male brains, androgen, and the cognitive profile in autism: Convergent evidence from 2D:4D and congenital adrenal hyperplasia. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38,* 997–998. doi:10.1007/s10803-008-0552-z

Fenson, L. (2007). *MacArthur-Bates Communicative Development Inventories (CDIs)* (3rd ed.). Baltimore: Brookes.

Fenson, L., Marchman, V. A., Thal, D. J., Dale, P. S., Reznick, J. S., & Bates, E. (2006). *MacArthur-Bates Communicative Development Inventories (CDIs)* (2nd ed.). Baltimore: Brookes.

Fombonne, E. (2001). Is there an autism epidemic? *Pediatrics, 107,* 411–412. doi:10.1542/peds.107.2.411

Fombonne, E., Roge, B., Claverie, J., Courty, S., & Fremolle, J. (1999). Microcephaly and macrocephaly in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 29,* 113–119. doi:10.1023/A:1023036509476

Frith, U. (2003). *Autism: Explaining the enigma* (2nd ed.). Malden, MA: Blackwell.

Fukumoto, A., Hashimoto, T., Ito, H., Nishimura, M., Tsuda, Y., Miyazaki, M., & Kagami, S. (2008). Growth of head circumference in autistic infants during the first year of life. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38,* 411–418.

Gerhardt, P. F. (2003). Transition support for learners with Asperger syndrome: Toward a successful adulthood. In R. W. Du Charme & T. P. Gullotta (Eds.), *Asperger syndrome: A guide for professionals and families* (pp. 157–171). New York: Kluwer Academic/Plenum.

Gilliam, J. E. (1995). *Gilliam Autism Rating Scale.* Austin, TX: Pro-Ed.

Glessner, J. T., Wang, K., Cai, G., Korvatska, O., Kim, C. E., Wood, S., & Hakonarson, H. (2009). Autism genome-wide copy number variation reveals ubiquitin and neuronal genes. *Nature, 459,* 569–573. doi:10.1038/nature07953

Graetz, J. E., Mastropieri, M. A., & Scruggs, T. E. (2009). Decreasing inappropriate behaviors for adolescents with autism spectrum disorders using modified social stories. *Education and Training in Developmental Disabilities, 44*(1), 91–104.

Grandin, T. (1995). *Thinking in pictures.* New York: Doubleday.

Grandin, T. (2002, May 6). First person: Myself. *Time,* 56.

Gray, C., & Garand, J. (1993). Social stories: Improving responses of students with autism with accurate social information. *Focus on Autistic Behavior, 8,* 1–10.

Guber, P. (Producer) & Levinson, B. (Director). (1988). *Rain Man* [Motion picture]. United States: United Artists.

Hendricks, D., & Wehman, P. (2009). Transition from school to adulthood for youth with autism spectrum disorders: Review and recommendations. *Focus on Autism and Other Developmental Disorders, 24*(2), 77–88. doi:10.1177/1088357608329827

Hermelin, B. (1976). Coding and the sense modalities. In L. Wing (Ed.), *Early childhood autism.* London: Pergamon.

Herschkowitz, N. (2000). Neurological bases of behavioral development in infancy. *Brain Development, 22,* 411–416. doi:10.1016/S0387-7604(00)00185-6

Hertz-Picciotto, I., & Delwiche, L. (2009). The rise of autism and the role of age at diagnosis. *Epidemiology, 20,* 84–90. doi:10.1097/EDE.0b013e3181902d15

Hewetson, A. (2002). *The stolen child: Aspects of autism and Asperger syndrome.* Westport, CT: Bergin & Garvey.

Hoopmann, K. (2000). *Blue bottle mystery.* London: Jessica Kingsley.

Hoopmann, K. (2001). *Of mice and aliens.* London: Jessica Kingsley.

Hoopmann, K. (2002). *Lisa and the lacemaker.* London: Jessica Kingsley.

Hoopmann, K. (2003). *Haze.* London: Jessica Kingsley.

Hoopmann, K. (2006). *All cats have Asperger syndrome.* London: Jessica Kingsley.

Horner, R. H., Albin, R. W., Sprague, J. R., & Todd, A. W. (2000). Positive behavior support. In M. E. Snell & F. Brown (Eds.), *Instruction of students with severe disabilities* (5th ed., pp. 207–243). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Pearson.

Howlin, P., Magiati, I., & Charman, T. (2009). Systematic review of Early Intensive Behavioral Interventions for children with autism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 114*, 23–41. doi:10.1352/2009.114.23-41

Individuals With Disabilities Education Improvement Act of 2004. (2004). 20 U.S.C. § 1400 *et seq.*

Institute of Medicine. (2004). *Immunization safety review: Vaccines and autism.* Washington, DC: National Academies Press.

Joint Attention. (n.d.). In *Wikipedia*. Retrieved from http://en.wikipedia.org/wiki/Joint_attention

Kaland, N., Callesen, K., Moller-Nielsen, A., Mortensen, E. L., & Smith, L. (2008). Performance of children and adolescents with Asperger syndrome or high-functioning autism on advanced theory of mind tasks. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*, 1112–1123. doi:10.1007/s10803-007-0496-8

Kanner, L. (1973). *Childhood psychosis: Initial studies and new insights* (pp. 1–43). Washington, DC: V. H. Winston. (Reprinted from Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child, 2*, 217–250, by L. Kanner, 1943.)

Koegel, L. K., Koegel, R. L., Harrower, J. K., & Carter, C. M. (1999). Pivotal response intervention I: Overview of approach. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps, 24*, 174–185. doi:10.2511/rpsd.24.3.174

Koegel, R. L., & Koegel, L. K. (Eds.). (2006). *Pivotal response treatments for autism: Communication, social, and academic development.* Baltimore, MD: Brookes.

Kogan, M. D., Blumberg, S. J., Schieve, L. A., Boyle, C. A., Perrin, J. M., Ghandour, R. M., & van Dyck, P. C. (2009). Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US, 2007. *Pediatrics, 124*(4), 1–9.

Kuusikko, S., Pollock-Wurman, R., Jussila, K., Carter, A. S., Mattila, M.-L., Ebeling, H., & Moilanen, I. (2008). Social anxiety in high-functioning children and adolescents with autism and Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*, 1697–1709. doi:10.1007/s10803-008-0555-9

Lainhart, J. E. (2003). Increased rate of head growth during infancy in autism. *Journal of the American Medical Association, 290*, 393–394.

Landa, R. J., Holman, K. C., & Garrett-Mayer, E. (2007). Social and communication development in toddlers with early and later diagnosis of autism spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry, 64*, 853–864. doi:10.1001/archpsyc.64.7.853

Le Couteur, A., Haden, G., Hammal, D., & McConachie, H. (2008). Diagnosing autism spectrum disorders in pre-school children using two standardised [sic] assessment instruments: The ADI-R and the ADOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*, 362–372. doi:10.1007/s10803-007-0403-3

Lotter, V. (1966). Epidemiology of autistic conditions in young children: I. Prevalence. *Social Psychiatry, 1*, 124–137. doi:10.1007/BF00584048

Luna, B., Doll, S. K., Hegedus, S. J., Minshew, N. J., & Sweeney, J. A. (2007). Maturation of executive function in autism. *Biological Psychiatry, 61*, 474–481. doi:10.1016/j.biopsych.2006.02.030

Luyster, R., Lopez, K., & Lord, C. (2007). Characterizing communicative development in children referred for autism spectrum disorders using the MacArthur-Bates Communicative Development Inventory (CDI). *Journal of Child Language, 34*, 623–654. doi:10.1017/S0305000907008094

Luyster, R., Qiu, S., Lopez, K., & Lord, C. (2007). Predicting outcomes of children referred for autism using the MacArthur-Bates Communicative Development Inventory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 50*, 667–681. doi:10.1044/1092-4388(2007/047)

Mandell, D. S., Wiggins, L. D., Carpenter, L. A., Daniels, J., DiGuiseppi, C., Durkin, M. S., Kirby, R. S. (2009). Racial/ethnic disparities in the identification of children with autism spectrum disorders. *American Journal of Public Health, 99*, 493–498. doi:10.2105/AJPH.2007.131243

Mills, J. L., Hediger, M. L., Molloy, C. A., Chrousos, G. P., Manning-Courtney, P., Yu, K. F., et al. (2007). Elevated levels of growth-related hormones in autism and autism spectrum disorder. *Clinical Endocrinology, 67*, 230–237.

Minshew, N. J., Sweeney, J., & Luna, B. (2002). Autism as a selective disorder of complex information processing and underdevelopment of neocortical systems. *Molecular Psychiatry, 7*(Suppl. 2), S12–S15. doi:10.1038/sj.mp.4001166

Muller, R. A. (2007). The study of autism as a distributed disorder. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 13*, 85–95. doi:10.1002/mrdd.20141

Murch, S. H., Anthony, A., Casson, D. H., Malik, M., Berelowitz, M., Dhillon, A. P., et al. (2004). Retraction of an interpretation. *The Lancet, 363*, 750. doi:10.1016/S0140-6736(04)15715-2

Murray, D. S., Creaghead, N. A., Manning-Courtney, P., Shear, P. K., Bean, J., & Prendeville, J. (2008). The relationship between joint attention and language in children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 23*, 5–14. doi:10.1177/1088357607311443

Myles, B. S. (2003). Social skills instruction for children with Asperger syndrome. In R. W. Du Charme & T. P. Gullotta (Eds.), *Asperger syndrome: A guide for professionals and families* (pp. 21–42). New York: Kluwer Academic/Plenum.

Myles, B. S., & Simpson, R. L. (2001). Understanding the hidden curriculum: An essential social skill for children and youth with Asperger syndrome. *Intervention in School and Clinic, 36*, 279–286. doi:10.1177/105345120103600504

Myles, B. S., & Simpson, R. L. (2003). *Asperger syndrome: A guide for parents and teachers.* Austin, TX: Pro-Ed.

Naess, P. (Director), & Bass, R. (2005). *Mozart and the Whale* [Motion picture]. United States: Millennium Films.

National Research Council. (2001). *Educating children with autism.* Washington, DC: National Academy Press.

Page, T. (2007, August 20). Parallel play: A lifetime of restless isolation explained. *The New Yorker*, pp. 36–41.

Piven, J., Arndt, S., Bailey, J., & Andreasen, N. C. (1996). Regional brain enlargement in autism: A magnetic resonance imaging study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 530–536. doi:10.1097/00004583-199604000-00020

Piven, J., Arndt, S., Bailey, J., Havercamp, S., Andreasen, N. C., & Palmer, P. (1995). An MRI study of brain size in autism. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1145–1149.

Reichow, B., & Wolery, M. (2009). Comprehensive synthesis of Early Intensive Behavioral Interventions for young children with autism based on the UCLA Young Autism Project Model. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 39*, 23–41. doi:10.1007/s10803-008-0596-0

Robison, J. E. (2007). *Look me in the eye: My life with Asperger's.* New York: Crown.

Rogers, S. J. (2001). Diagnosis of autism before the age of 3. *International Review of Mental Retardation, 23*, 1–31. doi:10.1016/S0074-7750(00)80004-X

Sacks, O. (1995). *An anthropologist on Mars.* New York: Knopf.

Sallows, G. O., & Graupner, T. D. (2005). Intensive behavioral treatment for children with autism: Four-year outcome and predictors. *American Journal on Mental Retardation, 110*, 417–438. doi:10.1352/0895-8017(2005)110[417:IBTFCW]2.0.CO;2

Sayers, B. (2010). Book Review: *All cats have Asperger's syndrome.* BellaOnline: The Voice of Women. Retrieved from http://www.bellaonline.org/articles/art49950.asp

Schechter, R., & Grether, J. K. (2008). Continuing increases in autism reported to California's developmental services system: Mercury in retrograde. *Archives of General Psychiatry, 65*, 19–24. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2007.1

Scheuermann, B., & Webber, J. (2002). *Autism: Teaching does make a difference.* Stamford, CT: Wadsworth Group.

Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner, B. (1988). *Childhood autism rating scale (CARS).* Los Angeles: Western Psychological Services.

Schuler, A. L. (1995). Thinking in autism: Differences in learning and development. In K. A. Quill (Ed.), *Teaching children with autism: Strategies to enhance communication and socialization* (pp. 11–32). New York: Delmar.

Scott, J. (Producer), & Hicks, S. (Writer/Director). (1996). *Shine* [Motion picture]. Australia: New Line Cinema.

Sebat, J., Lakshmi, B., Malhotra, D., Troge, J., Lese-Martin, C., Walsh, T., et al. (2007). Strong association of de novo copy number mutations with autism. *Science, 316*, 445–449. doi:10.1126/science.1138659

Semel, E., Wiig, E. H., Secord, W. A. (2003). Clinical evaluation of language fundamentals (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Shattuck, P. T. (2006). The contributions of diagnostic substitution to the growing administrative prevalence of autism in U.S. special education. *Pediatrics, 117*, 1028–1037. doi:10.1542/peds.2005-1516

Shore, S. (2003). My life with Asperger syndrome. In R. W. Du Charme & T. P. Gullotta (Eds.), *Asperger syndrome: A guide for professionals and families* (pp. 189–209). New York: Kluwer Academic/Plenum.

Simpson, R. L. (2004). Finding effective intervention and personnel preparation practices for students with autism spectrum disorders. *Exceptional Children, 70*, 135–144.

Simpson, R. L., de Boer-Ott, S. R., Griswold, D. E., Myles, B. S., Byrd, S. E., Ganz, J. B., et al. (2005). *Autism spectrum disorders: Interventions and treatments for children and youth.* Thousand Oaks, CA: Corwin Press.

Simpson, R. L., de Boer-Ott, S. R., & Smith-Myles, B. (2003). Inclusion of learners with autism spectrum disorders in general education settings. *Topics in Language Disorders, 23*, 116–133. doi:10.1097/00011363-200304000-00005

Skuse, D. H. (2009). Commentary: Is autism really a coherent syndrome in boys, or girls? *British Journal of Psychology, 100*, 33–37. doi:10.1348/000712608X369459

Stone, W. L., McMahon, C. R., Yoder, P. J., & Walden, T. A. (2007). Early social-communicative and cognitive development of younger siblings of children with autism spectrum disorders. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 161*, 384–390. doi:10.1001/archpedi.161.4.384

Strock, M. (2004). *Autism spectrum disorders (pervasive developmental disorders).* Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. Retrieved from www.nimh.nih.gov/publicat/autism.cfm

Sulzer-Azaroff, B., Hoffman, A. O., Horton, C. B., Bondy, A., & Frost, L. (2009). The Picture Exchange Communication System (PECS): What do the data say? *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 24*(2), 89–103. doi:10.1177/1088357609332743

Sutcliffe, J. S. (2008). Genetics: Insights into the pathogenesis of autism. *Science, 321*, 208–209. doi:10.1126/science.1160555

Tager-Flusberg, H., Rogers, S., Cooper, J., Landa, R., Lord, C., Paul, R., . . . , & Yoder, P. (2009). Defining spoken language benchmarks and selecting measures of expressive language development for children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 52*, 643–652. doi:10.1044/1092-4388(2009/08-0136)

Tammet, D. (2006). *Born on a blue day: A memoir of Asperger's and an extraordinary mind.* London: Hodder & Stoughton.

Travis, L. L., & Sigman, M. D. (2000). A developmental approach to autism. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd ed., pp. 641–655). New York: Kluwer Academic/Plenum.

Treffert, D. A. (2006). *Extraordinary people: Understanding savant syndrome.* New York: Authors Guild Backprint Bookstore.

Volkmar, F. R., & Pauls, D. (2003). Autism. *The Lancet, 362*, 1133–1141. doi:10.1016/S0140-6736(03)14471-6

Wakefield, A. J., Murch, S. H., Anthony, A., Linnell, J., Casson, D. M., Malik, M., et al. (1998). Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet, 351*, 637–641. doi:10.1016/S0140-6736(97)11096-0

Wang, K., Zhang, H., Ma, D., Bucan, M., Glessner, J. T., Abrahams, B. S., & Hakonarson, H. (2009). Common genetic variants on 5p14.1 associate with autism spectrum disorders. *Nature, 459*, 528–533. doi:10.1038/nature07999

Werner, E., & Dawson, G. (2005). Validation of the phenomenon of autistic regression using home videotapes. *Archives of General Psychiatry, 62*, 889–895. doi:10.1001/archpsyc.62.8.889

Wing, L. (1981). Asperger syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine, 11*, 115–129. doi:10.1017/S0033291700053332

Wing, L., & Potter, D. (2002). The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is prevalence rising? *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews, 8*(3), 151–161. doi:10.1002/mrdd.10029

CHAPTER 10

American Speech-Language-Hearing Association. (1993). Definitions of communication disorders and variations. *ASHA, 35*(Suppl. 10), 40–41.

Anderson, N. B., & Shames, G. H. (2006). *Human communication disorders* (7th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Audet, L. R., & Tankersley, M. (1999). Implications of communication and behavioral disorders for classroom management: Collaborative intervention techniques. In D. Rogers-Adkinson & P. Griffith (Eds.), *Communication disorders and children with psychiatric and behavioral disorders* (pp. 403–440). San Diego: Singular.

Bernthal, J. E., & Bankson, N. W. (1998). *Articulation and phonological disorders* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Bernthal, J. E., & Bankson, N. W. (2004). *Articulation and phonological disorders* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Calandrella, A. M., & Wilcox, M. J. (2000). Predicting language outcomes for young prelinguistic children with developmental delay. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 43*, 1061–1071. PMid:11063294

Campbell, S. L., Reich, A. R., Klockars, A. J., & McHenry, M. A. (1988). Factors associated with dysphonia in high school cheerleaders. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 53*, 175–185. PMid:3361859

Caruso, M. P., Yorkston, K. M., & Beukelman, D. R. (Eds.). (1999). *Neuromotor speech disorders: Nature, assessment, and management.* Baltimore: Brookes.

Catts, H., Adlof, S., Hogan, T., & Ellis Weismer, S. (2005). Are specific language impairment and dyslexia distinct disorders? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 48*, 1378–1396. doi:10.1044/1092-4388(2005/096)

Catts, H. W., Fey, M. E., Zhang, X., & Tomblin, J. (2001). Estimating the risk of future reading difficulties in kindergarten children: A research-based model and its clinical implications. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 32*, 38–50. doi:10.1044/0161-1461(2001/004)

Choudhury, N., & Benasich, A. A. (2003). A family aggregation study: The influence of family history and other risk factors on language development. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 46*, 261–272. doi:10.1044/1092-4388(2003/021)

Conti-Ramsden, G., Durkin, K., & Simkin, Z. (2010). Language and social factors in the use of cell phone technology by adolescents with and without specific language impairment (SLI). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 53*, 196–208. doi:10.1044/1092-4388(2009/08-0241)

Conture, E. G. (2001). *Stuttering: Its nature, diagnosis and treatment.* Boston: Allyn & Bacon.

DeThorne, L. S., Petrill, S. A., Schatschneider, C., & Cutting, L. (2010). Conversational language use as a predictor of early reading development: Language history as a modeling variable. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 53*, 209–223. doi:10.1044/1092-4388(2009/08-0060)

Donahue, M. L., Hartas, D., & Cole, D. (1999). Research on interactions among oral language and emotional-behavioral disorders. In D. Rogers-Adkinson & P. Griffith (Eds.), *Communication disorders and children with psychiatric and behavioral disorders* (pp. 69–97). San Diego: Singular.

Fey, M. E., Catts, H. W., & Larrivee, L. S. (1995). Preparing preschoolers for academic and social challenges of school. In M. E. Fey, J. Windsor, & S. F. Warren (Eds.), *Language intervention: Preschool through the elementary years* (pp. 3–37). Baltimore: Brookes.

Foundas, A. L. (2001). The anatomical basis of language. *Topics in Language Disorders, 21*(3), 1–19.

Goldstein, B., & Iglesias, A. (2004). Language and dialectal variations. In J. E. Bernthal & N. W. Bankson (Eds.), *Articulation and phonological disorders* (5th ed., pp. 348–375). Boston: Allyn & Bacon.

Graham, S., Harris, K. R., MacArthur, C., & Schwartz, S. (1998). Writing instruction. In B. Y. L. Wong (Ed.), *Learning about learning disabilities* (2nd ed., pp. 391–424). San Diego: Academic Press.

Gustason, G., & Zawolkow, E. (1993). *Signing exact English dictionary.* Los Alamitos, CA: Modern Signs Press.

Hallahan, D. P., Lloyd, J. W., Kauffman, J. M., Weiss, M., & Martinez, E. (2005). *Introduction to learning disabilities* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Hammer, C. S., & Weiss, A. L. (2000). African American mothers' views of their infants' language development and language-learning environment. *American Journal of Speech-Language Pathology, 9*, 126–140.

Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children.* Baltimore: Brookes.

Hulit, L. M., & Howard, M. R. (2006). *Born to talk: An introduction to speech and language development* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Justice, L. M. (2006). *Communication sciences and disorders: An introduction.* Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Justice, L. M., & Schuele, C. M. (2004). Phonological awareness: Description, assessment, and intervention. In J. E. Bernthal & N. W. Bankson (Eds.), *Articulation and phonological disorders* (5th ed., pp. 376–411). Boston: Allyn & Bacon.

Klein, H. B., & Moses, N. (1999). *Intervention planning for adults with communication problems: A guide for clinical practicum and professional practice.* Boston: Allyn & Bacon.

Kohnert, K., Windsor, J., & Yim, D. (2006). Do language-based processing tasks separate children with language impairment from typical bilinguals? *Learning Disabilities Research and Practice, 21*, 19–29. doi:10.1111/j.1540-5826.2006.00204.x

Koury, L. N. (2007). Service delivery issues in early intervention. In R. Lubinski, L. A. C. Golper, & C. M. Frattali (Eds.), *Professional issues in speech-language pathology and audiology* (pp. 349–370). Clifton Park, NY: Thomson Delmar.

Lane, H. B., & Pullen, P. C. (2004). *Phonological awareness assessment and instruction: A sound beginning.* Boston: Allyn & Bacon.

McCabe, P. C., & Marshall, D. J. (2006). Measuring the social competence of preschool children with specific language impairment: Correspondence among informant ratings and behavioral observations. *Topics in Early Childhood Special Education, 26*, 234–246. doi:10.1177/02711214060260040401

McCormick, L., Loeb, D. F., & Schiefelbusch, R. L. (1997). *Supporting children with communication difficulties in inclusive settings: School-based language intervention.* Boston: Allyn & Bacon.

McGregor, K. K. (2000). The development and enhancement of narrative skills in a preschool classroom: Towards a solution to clinician-client mismatch. *American Journal of Speech-Language Pathology, 9*, 55–71.

Mercer, C. D., & Pullen, P. C. (2009). *Students with learning disabilities* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Pearson.

Mullen, R., & Schooling, T. (2010). The National Outcomes Measurement System for pediatric speech-language pathology. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 41*, 44–60. doi:10.1044/0161-1461(2009/08-0051)

Muter, V., Hulme, C., Snowling, M. J., & Stevenson, J. (2004). Phonemes, rimes, vocabulary, and grammatical skills as foundations of early reading development: Evidence from a longitudinal study. *Developmental Psychology, 40*, 665–681. doi:10.1037/0012-1649.40.5.665

Nelson, K. (1993). The psychological and social origins of autobiographical memory. *Psychological Science, 4*, 7–14. doi:10.1111/j.1467-9280.1993.tb00548.x

Onslow, M., Packman, A., & Payne, P. A. (2007). Clinical identification of early stuttering: Methods, issues, and future directions. *Asia Pacific Journal of Speech, Language, and Hearing, 10*, 15–31.

Owens, R. E., Jr. (2004). *Language disorders: A functional approach to assessment and intervention* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Owens, R. E., Jr., Evans, D. E., & Haas, B. A. (2000). *Introduction to communication disorders: A life span perspective*. Boston: Allyn & Bacon.

Owens, R. E., Metz, D. E., & Haas, A. (2007). *Introduction to communication disorders: A lifespan perspective*. Boston: Allyn & Bacon.

Owens, R. E., Metz, D. E., & Farinella, K. A. (2010). *Introduction to communication disorders: A lifespan evidence-based perspective*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Peterson, R. L., Pennington, B. F., Shriberg, L. D., & Boada, R. (2009). What influences literacy outcome in children with speech sound disorder? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 52*, 1175–1188. doi:10.1044/1092-4388(2009/08-0024)

Plante, E., & Beeson, P. M. (2004). *Communication and communication disorders: A clinical introduction* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Prizant, B. M. (1999). Early intervention: Young children with communication and emotional/behavioral problems. In D. Rogers-Adkinson & P. Griffith (Eds.), *Communication disorders and children with psychiatric and behavioral disorders* (pp. 295–342). San Diego: Singular.

Raspberry, W. (2001, August 21). Dr. English education: Low-income children might benefit from early immersion in standards. *Charlottesville Daily Progress*, p. A6.

Robinson, R. L., & Crowe, T. A. (2001). Fluency and voice. In D. M. Ruscello (Ed.), *Tests and measurements in speech-language pathology* (pp. 163–183). Boston: Butterworth-Heinemann.

Rogers-Adkinson, D., & Griffith, P. (Eds.). (1999). *Communication disorders and children with psychiatric and behavioral disorders*. San Diego: Singular.

Sawyer, D. J. (2006). Dyslexia: A generation of inquiry. *Topics in Language Disorders, 26*, 95–109.

Shields, D. (1990). *Dead languages*. St. Paul, MN: Greywolf Press.

Silliman, E. R., & Scott, C. M. (2009). Language impairment and reading disability: Connections and complexities. *Learning Disabilities Research and Practice, 21*, 1–7. doi:10.1111/j.1540-5826.2009.01282.x

Snowling, M. J., & Hayiou-Thomas, M. E. (2006). The dyslexia spectrum: Continuities between reading, speech, and language impairments. *Topics in Language Disorders, 26*, 110–126.

Soto, G., Solomon-Rice, P., & Caputo, M. (2009). Enhancing the personal narrative skills of elementary school-aged students who use AAC: The effectiveness of personal narrative intervention. *Journal of Communication Disorders, 42*, 43–57. doi:10.1016/j.jcomdis.2008.08.001

Staskowski, M., & Nelson, N. W. (2007). Service delivery issues in educational settings. In R. Lubinski, L. A. C. Golper, & C. M. Frattali (Eds.), *Professional issues in speech-language pathology and audiology* (pp. 329–349). Clifton Park, NY: Thomson Delmar.

Stockman, I. J. (2010). A review of developmental and applied language research on African American children: From a deficit to difference perspective on dialect differences. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 41*, 23–38. doi:10.1044/0161-1461(2009/08-0086)

Throneburg, R. N., Calvert, L. K., Sturm, J. J., Paramboukas, A. A., & Paul, P. J. (2000). A comparison of service delivery models: Effects on curricular vocabulary skills in the school setting. *American Journal of Speech-Language Pathology, 9*, 10–20.

Vellutino, F. R., Fletcher, J. M., Snowling, M. J., & Scanlon, D. M. (2004). Specific reading disability (dyslexia): What have we learned in the past four decades? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 2–40. doi:10.1046/j.0021-9630.2003.00305.x

Vinson, B. (2007). *Language disorders across the lifespan* (2nd ed.). New York: Thomson.

Warren, S. F., & Abbeduto, L. (1992). The relation of communication and language development to mental retardation. *American Journal on Mental Retardation, 97*, 125–130. PMid:1510928

Yairi, E., & Ambrose, N. (2004). Stuttering: Recent developments and future directions. *The ASHA Leader, 18*, 4–5, 14–15.

Yoder, P. J., & Warren, S. F. (2001). Relative treatment effects of two prelinguistic communication interventions on language development of toddlers with developmental delays vary by maternal characteristics. *Journal of Speech and Hearing Research, 44*, 224–237. doi:10.1044/1092-4388(2001/019)

CHAPTER 11

Adams, M. (1990). *Beginning to read: Thinking and learning about print*. Cambridge, MA: MIT Press.

Akkersley, S. (2002). Least restrictive environment and the courts. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 7*, 185–191. doi:10.1093/deafed/7.3.185

Allinder, R. M., & Eccarius, M. A. (1999). Exploring the technical adequacy of curriculum-based measurement in reading for children who use manually coded English. *Exceptional Children, 65*, 271–283.

American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery. (2007). *Noise & Hearing Protection*. Retrieved from http://www.entnet.org/healthinfo/hearing/noise_hearing.cfm

Andrews, J. F., Leigh, I. W., & Weiner, M. T. (2004). *Deaf people: Evolving perspectives from psychology, education, and sociology*. Boston: Allyn & Bacon.

Andrews, J. F., Shaw, P. C., & Lomas, G. (2011). Deaf and hard of hearing students. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Andrews, J. F., & Zmijewski, G. (1997). How parents support home literacy with deaf children. *Early Child Development and Care, 127*, 131–139. doi:10.1080/0300443971270111

Bornstein, M. H., Selmi, A. M., Haynes, O. M., Painter, K. M., & Marx, E. S. (1999). Representational abilities and the hearing status of child/mother dyads. *Child Development, 70*, 833–852. doi:10.1111/1467-8624.00060

Brashear, H., Henderson, V., Park, K-H., Hamilton, H., Lee, S., & Starner, T. (2006). American Sign Language recognition game development for deaf children. In *Proceedings of the 8th International ACM SIGACCESS Conference on Computers and Accessibility* (pp. 79–86). Portland, OR: ACM Press.

Brill, R. G., MacNeil, B., & Newman, L. R. (1986). Framework for appropriate programs for deaf children. *American Annals of the Deaf, 131*, 65–77.

Brown, A. S. (2009). Intervention, education, and therapy for children who are deaf and hard of hearing. In J. Katz, L. Medwetsky, R. Burkard, & L. Hood (Eds.), *Handbook of clinical audiology* (6th ed., pp. 934–954). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Buchino, M. A. (1993). Perceptions of the oldest hearing child of deaf parents. *American Annals of the Deaf, 138*, 40–45.

Carlton, C. (1966). A comparative study of personality descriptions attributed to the deaf, the blind, and individuals with no sensory disability. *American Annals of the Deaf, 111*, 24–28.

Campbell, K. C. M., & Mullin, G. (2006, May 31). Otoacoustic emissions. *eMedicine*. Retrieved from http://www.emedicine.com/ent/topic372.htm

Campbell, R., & MacSweeney, M. (2004). Neuroimaging studies of crossmodal plasticity and language processing in deaf people. In G. A. Calvert, C. Spence, & B. E. Stein (Eds.), *The handbook of multisensory processing* (pp. 773–780). Cambridge, MA: MIT Press.

Cawthon, S. (2009). Professional development for teachers of students who are deaf or hard of hearing: Facing the assessment challenge. *American Annals of the Deaf, 154*, 50–61. doi:10.1353/aad.0.0073

Cawthon, S. W. (2010). Science and evidence of success: Two emerging issues in assessment accommodations for students who are deaf or hard of hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 15*, 185–203. doi:10.1093/deafed/enp032

Charlson, E., Strong, M., & Gold, R. (1992). How successful deaf teenagers experience and cope with isolation. *American Annals of the Deaf, 137*, 261–270.

Cheng, S., & Rose, S. (2009). Investigating the technical adequacy of curriculum-based measurement in written expression for students who are deaf or hard of hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 14*, 503–515. doi:10.1093/deafed/enp013

Christiansen, J. B. (2009). The 2006 protest at Gallaudet University: Reflections and explanations. *Sign Language Studies, 10*, 69–89. doi:10.1353/sls.0.0033

Council for Exceptional Children. (2003). *What every special educator must know: Ethics, standards, and guidelines for special educators* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Emery, S. D., Middleton, A., & Turner, G. H. (2010). Whose deaf genes are they anyway? The Deaf community's challenge to legislation on embryo selection. *Sign Language Studies, 10*, 155–169. doi:10.1353/sls.0.0037

Emmorey, K. (2002). *Language, cognition, and the brain: Insights from sign language research*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Feldman, H. M., Dollaghan, C. A., Campbell, T. F., Colborn, D. K., Janosky, J., Kurs-Lasky, M., et al. (2003). Parent-reported language skills in relation to otitis media during the first 3 years of life. *Journal of Speech, Language, and Hearing*

Research, 46, 274–287. doi:10.1044/1092-4388(2003/022)

Gallaudet Research Institute. (2008, November). *Regional and National Summary Report of Data from the 2007–08 Annual Survey of Deaf and Hard of Hearing Children and Youth.* Washington, DC: GRI, Gallaudet University. Retrieved from http://gri.gallaudet.edu/Demographics/2008_National_Summary.pdf

Geers, A. E., Moog, J. S., Biedenstein, J., Brenner, C., & Hayes, H. (2009). Spoken language scores of children using cochlear implants compared to hearing age-mates at school entry. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 14,* 371–385. doi:10.1093/deafed/enn046

Goldin-Meadow, S. (2003). *The resilience of language: What gesture creation in deaf children can tell us about how all children learn language.* New York: Psychology Press.

Individuals With Disabilities Data Accountability Center. (2010, April 12). Part B: Educational Environment, 2007. Retrieved from https://www.ideadata.org/PartBData.asp

Kegl, J., Senghas, A., & Coppola, M. (1999). Creation through contact: Sign language emergence and sign language change in Nicaragua. In M. DeGraff (Ed.), *Comparative grammatical change: The intersection of language acquisition, creole genesis, and diachronic syntax* (pp. 179–237). Cambridge, MA: MIT Press.

Kenneson, A., & Cannon, M. J. (2007). Review and meta-analysis of the epidemiology of congenital cytomegalovirus (CMV) infection. *Reviews of Medical Virology, 17,* 253–276. doi:10.1002/rmv.535

Kluwin, T. N., Stinson, M. S., & Colarossi, G. M. (2002). Social processes and outcomes of in-school contact between deaf and hearing peers. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 7,* 200–213. doi:10.1093/deafed/7.3.200

Ladd, P. (2003). *Understanding Deaf culture: In search of Deafhood.* Clevedon, England: Multilingual Matters.

Lane, H. (1984). *When the mind hears: A history of the deaf.* New York: Random House.

Lane, H. (1992). *The mask of benevolence: Disabling the Deaf community.* New York: Knopf.

Lane, H., Hoffmeister, R., & Bahan, B. (1996). *A journey into the Deaf-world.* San Diego, CA: Dawn Sign Press.

Lazarus, S. S., Thurlow, M. L., Lail, K. E., Eisenbraun, K. D., & Kato, K. (2006). *2005 state policies on assessment participation and accommodations for students with disabilities* (Synthesis Report 64). Minneapolis, MN: University of Minnesota, National Center on Educational Outcomes. Retrieved from http://education.umn.edu/NCEO/OnlinePubs/Synthesis64/

Lederberg, A. R., & Golbach, T. (2002). Parenting stress and social support in hearing mothers of deaf and hearing children: A longitudinal study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 7,* 330–345.

Lee, S., Henderson, V., & Brashear, H. (2005, June). *CopyCat: An ASL game for deaf children.* Paper presented at the meeting of the Rehabilitation Engineering & Assistive Technology Society of North America Student Design Competition, Atlanta, GA.

Marschark, M. (2001). *Language development in children who are deaf: A research synthesis.* Alexandria, VA: National Association of State Directors of Special Education (NASDSE).

Marschark, M., Pelz, J. B., Convertino, C., Sapere, P., Arndt, M. E., & Seewagen, R. (2005). Classroom interpreting and visual information processing in mainstream education for deaf students: Live or Memorex®? *American Educational Research Journal, 42,* 727–761. doi:10.3102/00028312042004727

Marschark, M., Sapere, P., Convertino, C., & Seewagen, R. (2005). Access to postsecondary education through sign language interpreting. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 10,* 38–50. doi:10.1093/deafed/eni002

Marschark, M., Sapere, P., Convertino, C., Seewagen, R., & Maltzen, H. (2004). Comprehension of sign language interpreting: Deciphering a complex task situation. *Sign Language Studies, 4,* 345–368. doi:10.1353/sls.2004.0018

Mason, T. C. (2005). Cross-cultural instrument translation: Assessment, translation, and statistical applications. *American Annals of the Deaf, 150,* 67–72. doi:10.1353/aad.2005.0020

Meadow-Orlans, K. P. (1987). An analysis of the effectiveness of early intervention programs for hearing-impaired children. In M. J. Guralnick & F. C. Bennett (Eds.), *The effectiveness of early intervention for at-risk and handicapped children* (pp. 325–362). New York: Academic Press.

Meadow-Orlans, K. P. (1990). Research on developmental aspects of deafness. In D. F. Moores & K. P. Meadow-Orlans (Eds.), *Educational and developmental aspects of deafness* (pp. 283–298). Washington, DC: Gallaudet University Press.

Mehra, S., Eavey, R. D., & Keamy, D. G. (2009). The epidemiology of hearing impairment in the United States: Newborns, children, and adolescents. *Otolaryngology—Head and Neck Surgery, 140,* 461–472. doi:10.1016/j.otohns.2008.12.022

Menchel, R. S. (1988). Personal experience with speechreading. *Volta Review, 90*(5), 3–15.

Middleton, A., Emery, S. D., & Turner, G. H. (2010). Views, knowledge, and beliefs about genetics and genetic counseling among deaf people. *Sign Language Studies, 10,* 170–196. doi:10.1353/sls.0.0038

Mitchell, R. E., & Karchmer, M. A. (2004). Chasing the mythical ten percent: Parental hearing status of deaf and hard of hearing students in the United States. *Sign Language Studies, 4,* 138–163. doi:10.1353/sls.2004.0005

Mitchell, R. E., & Karchmer, M. A. (2005). Parental hearing status and signing among deaf and hard of hearing children. *Sign Language Studies, 5,* 231–244. doi:10.1353/sls.2005.0004

Moeller, M. P., & Luetke-Stahlman, B. (1990). Parents' use of signing exact English: A descriptive analysis. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 55,* 327–338.

Mueller, V., & Hurtig, R. (2010). Technology-enhanced shared reading with deaf and hard-of-hearing children: The role of a fluent signing narrator. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 15,* 72–101. doi:10.1093/deafed/enp023

Mundy, L. (2002, March 31). A world of their own. *The Washington Post Magazine,* pp. 22–31.

Narr, R. A. F. (2006). Teaching phonological awareness with deaf and hard-of-hearing students. *Teaching Exceptional Children, 38*(4), 53–58.

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2008, August 4). Quick statistics. Retrieved from NIDC website: https://www.nidcd.nih.gov/health/statistics/quick.htm

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2009, August). *Cochlear implants.* Retrieved from http://www.nidcd.nih.gov/health/hearing/coch.htm

Nicaraguan sign language. (2010, March 15). Wikipedia. Retrieved from http://en.wikipedia.org/wiki/Nicaraguan_Sign_Language

Oliva, G. A. (2004). *Alone in the mainstream: A deaf woman remembers public school.* Washington, DC: Gallaudet University Press.

Padden, C., & Humphries, T. (1988). *Deaf in America: Voices from a culture.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Padden, C., & Humphries, T. (2005). *Inside deaf culture.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Padden, C. A. (1996). Early bilingual lives of Deaf children. In I. Parasnis (Ed.), *Cultural and language diversity and the Deaf experience* (pp. 99–116). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Paul, P. (1998). *Literacy and deafness: The development of reading, writing, and literate thought.* Boston: Allyn & Bacon.

Powers, S. (2003). Influences of student and family factors on academic outcomes of mainstream secondary school deaf students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 8,* 57–78. doi:10.1093/deafed/8.1.57

Prinz, P. M., Strong, M., Kuntze, M., Vincent, M., Friedman, J., Moyers, P., et al. (1996). A path to literacy through ASL and English for Deaf children. In C. E. Johnson & J. H. V. Gilbert (Eds.), *Children's language* (Vol. 9, pp. 235–251). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Punch, R., Creed, P. A., & Hyde, M. B. (2006). Career barriers perceived by hard-of-hearing adolescents: Implications for practice from a mixed-methods study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 11,* 224–237.

Punch, R., Hyde, M., & Creed, P. A. (2004). Issues in the school-to-work transition of hard of hearing adolescents. *American Annals of the Deaf, 149,* 28–38. doi:10.1353/aad.2004.0015

Quigley, S., Jenne, W., & Phillips, S. (1968). *Deaf students in colleges and universities.* Washington, DC: Alexander Graham Bell Association for the Deaf.

Reagan, T. (1990). Cultural considerations in the education of deaf children. In D. F. Moores & K. P. Meadow-Orlans (Eds.), *Educational and developmental aspects of deafness* (pp. 73–84). Washington, DC: Gallaudet University Press.

Renaissance Learning. (2006). *STAR early literacy assessment.* Wisconsin Rapids, WI: Author.

Sanghavi, D. M. (2006, December 5). Wanting babies like themselves, some parents choose genetic defects. *The New York Times.* Retrieved from www.nytimes.com/2006/12/05/health/05essa.html?ex=1322974800&en=9f0b0f7b0e79825d11&ei=5088&partner=rssnyt&emc=rss

Schick, B., Williams, K., & Kupermintz, H. (2006). Look who's being left behind: Educational interpreters and access to education for deaf and hard-of-hearing students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 11,* 3–20. doi:10.1093/deafed/enj007

Schirmer, B. R. (2001). *Psychological, social, and educational dimensions of deafness.* Boston: Allyn & Bacon.

Schroedel, J. G., & Geyer, P. D. (2000). Long-term career attainments of deaf and hard of hearing college graduates: Results from a 15-year follow-up survey. *American Annals of the Deaf, 145,* 303–314.

Seal, B. C. (2004). *Best practices in educational interpreting* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Senghas, A. (2003). Intergenerational influence and ontogenetic development in the emergence of

spatial grammar in Nicaraguan Sign Language. *Cognitive Development, 18,* 511–531. doi:10.1016/j.cogdev.2003.09.006

Sheridan, M. (2001). *Inner lives of deaf children: Interviews and analysis.* Washington, DC: Gallaudet University Press.

Siegel, L. (2000). The educational and communication needs of deaf and hard of hearing children: A statement of principle on fundamental educational change. *American Annals of the Deaf, 145,* 64–77.

Simms, L., Andrews, J., & Smith, A. (2005). A balanced approach to literacy instruction for deaf signing students. *Balanced Reading Instruction, 12,* 39–53.

Snow, C., Burns, N., & Griffin, P. (1998). *Preventing reading difficulties in young children.* Washington, D.C.: National Academy of the Sciences.

Stinson, M. S., & Whitmire, K. (1992). Students' views of their social relationships. In T. N. Kluwin, D. F. Moores, & M. G. Gaustad (Eds.), *Toward effective public school programs for deaf students: Context, process and outcomes* (pp. 149–174). New York: Teachers College Press.

Stokoe, W. C. (1960). *Sign language structure.* Silver Spring, MD: Linstok Press.

Stokoe, W. C., Casterline, D. C., & Croneberg, C. G. (1976). *A dictionary of American Sign Language on linguistic principles* (2nd ed.). Silver Spring, MD: Linstok Press.

Tasman, L. (2006, October 30). Gallaudet exposes debate over deafness. *The Washington Post.* Retrieved from http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2006/10/30/AR2006103000687.html

Tapper, J., & Sandell, C. (2006, May 10). *Is deaf university president not 'deaf enough'?* ABC News Internet Ventures. Retrieved from http://www.abcnews.go.com/WNT/story?id=1947073

Thompson, S. J., Johnstone, C. J., Thurlow, M. L., & Altman, J. R. (2005). *2005 State special education outcomes: Steps forward in a decade of change.* Minneapolis, MN: University of Minnesota, National Center on Educational Outcomes. Retrieved from http://education.umn.edu/NCEO/OnlinePubs/2005StateReport.htm

Thrasher, R. D. (2009, October 20). Middle ear, otitis media with effusion. *eMedicine.* Retrieved from http://emedicine.medscape.com/article/858558-overview

Trezek, B., Wang, Y., & Paul, P. (2010). *Reading and deafness: theory, research, and practice.* Clifton Park, NY: Delmar.

U.S. Department of Education, National Center on Student Progress Monitoring. (2006). *Review of progress monitoring tools.* Retrieved from http://www.studentprogress.org/chart/chart.asp

Walker, L. A. (1986). *A loss for words: The story of deafness in a family.* New York: Harper & Row.

Waters, D., Campbell, R., Capek, C. M., Woll, B., David, A. S., McGuire, P. K., et al. (2007). Fingerspelling, signed language, text and picture processing in deaf native signers: The role of the mid-fusiform gyrus. *NeuroImage, 35,* 832–840. doi:10.1016/j.neuroimage.2007.01.025

CHAPTER 12

Barlow, J. M., Bentzen, B. L., & Bond, T. (2005). Blind pedestrians and the changing technology and geometry of signalized intersections: Safety, orientation, and independence. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 99,* 587–598.

Barlow-Brown, F., & Connelly, V. (2002). The role of letter knowledge and phonological awareness in young Braille readers. *Journal of Research in Reading, 25,* 259–270. doi:10.1111/1467-9817.00174

Berk, L. E. (2005). *Infants and children: Infants through middle childhood* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Bishop, V. E. (2004). *Teaching visually impaired children* (3rd ed.). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Bogart, D. (2009). Unifying the English Braille codes. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 103,* 581–583.

Cameto, R., & Nagle, K. (2007). Orientation and mobility skills of secondary school students with visual impairments. Facts from NLTS2. NCSER 2008-3007. Retrieved from http://ies.ed.gov/ncser/pdf/20083007.pdf

Capella-McDonnall, M. E. (2005). Predictors of competitive employment for blind and visually impaired consumers of vocational services. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 99,* 303–315.

Castellano, C. (2005). *Making it work: Educating the Blind/VI student in the regular school.* Greenwich, CT: Information Age Publishing.

Celeste, M. (2002). A survey of motor development for infants and young children with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 96,* 169–174.

Celeste, M. (2006). Play behaviors and social interactions of a child who is blind: In theory and practice. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 100,* 75–90.

Chong, C. (2004). Appropriate use of the electronic notetaker in school. *Braille Monitor, 47,* 29–31.

Corn, A. L., & Koenig, A. J. (2002). Literacy for students with low vision: A framework for delivering instruction. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 96,* 305–321.

Council for Exceptional Children. (2003). *What every special educator must know: Ethics, standards, and guidelines for special educators* (5th ed.). Arlington, VA: Author.

D'Allura, T. (2002). Enhancing the social interaction skills of preschoolers with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 96,* 576–584.

Emerson, R. W., Holbrook, M. C., & D'Andrea, F. M. (2009). Acquisition of literacy skills by young children who are blind: Results from the ABC Braille study. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 103,* 610–624.

Erin, J. N. (2006). Teaching social skills to elementary and middle school students with visual impairments. In S. Z. Sacks & K. E. Wolffe (Eds.), *Teaching social skills to students with visual impairments: From theory to practice* (pp. 364–404). New York: American Foundation for the Blind.

Frame, C. S., Judd, D., Lagulakis, V., Ansel, R., & Robillard, K. (1991). Communication cues used by people with and without visual impairments in daily conversations and dating. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 85,* 371–376.

Gal, E., & Dyck, M. J. (2009). Stereotyped movements among children who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 103,* 754–765.

Gillon, G. T., & Young, A. A. (2002). The phonological-awareness skills of children who are blind. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 96,* 38–49.

Glaucoma Research Foundation. (2008, September 11). *What is glaucoma?* Retrieved from http://www.glaucoma.org/learn/what_is_glaucom.php

Grove, N. (2002). *Touch the universe.* Washington, DC: Joseph Henry Press/National Academies press.

Harris, T. (2010, May 30). Howstuffworks: How guide dogs work. Retrieved from http://animals.howstuffworks.com/animal-facts/guide-dog.htm

Hatlen, P. (1998). Goal 8: Educational and developmental goals, including instruction, will reflect the assessed needs of each student in all areas of academic and disability-specific core curricula. In A. L. Corn & K. M. Huebner (Eds.), *A report to the nation: The national agenda for the education of children and youths with visual impairments, including those with multiple disabilities* (pp. 50–52). New York: AFB Press.

Hill, E., & Black, J. (2003). The Miniguide: A new electronic travel device. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 97,* 655–656.

Houtenville, A. J. (2003). A comparison of the economic status of working-age persons with visual impairments and those of other groups. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 97,* 133–148.

Huebner, K. M., & Wiener, W. (2005). Guest editorial. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 99,* 579–583.

Hull, J. M. (1997). *On sight and insight: A journey into the world of blindness.* Oxford, England: Oneworld Publications.

Jernigan, K. (1994, June). Equality, disability, and empowerment. *Braille Monitor, 35,* 292–298.

Jindal-Snape, D. (2005). Self-evaluation and recruitment of feedback for enhanced social interaction by a student with visual impairment. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 99,* 486–498.

Kirchner, C., & Smith, B. (2005). Transition to what? Education and employment outcomes for visually impaired youths after high school. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 99,* 499–504.

Kleege, G. (1999). *Sight unseen.* New Haven, CT: Yale University Press.

Knott, N. I. (2002). *Teaching orientation and mobility in the schools: An instructor's companion.* New York: American Foundation for the Blind Press.

Koenig, A. J., & Holbrook, M. C. (2000). Ensuring high-quality instruction for students in braille literacy programs. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 94,* 677–694.

Koenig, A. J., Sanspree, M. J., & Holbrook, M. C. (n.d.). Determining the reading medium for students with visual impairments. *D.V.I. Quarterly.* Retrieved from http://www.ed.arizona.edu/dvi/Postion%20Papers/determining_%20read_med.htm

Kurson, R. (2005, June). Into the light. *Esquire.* Retrieved from http://www.esquire.com/print-this/ESQ0605BLIND_114-2

Kurson, R. (2007). *Crashing through: A true story of risk, adventure, and the man who dared to see.* New York: Random House.

Kuusisto, S. (2004, June). Elegy for Ray Charles.

Kuusisto, S. (2006). *Eavesdropping.* New York: W. W. Norton. *Ragged Edge*

Lansaw, J. (2000, December). Citizenship and the many at the top of the world. *Braille Monitor, 43,* 965–695.

Lazarus, S. S., Thurlow, M. L., Lail, K. E., Eisenbraun, K. D., & Kato, K. (2006). *2005 state policies on assessment participation and accommodations for students with disabilities* (Synthesis Report 64). Minneapolis, MN: University of Minnesota, National Center on Educational Outcomes.

Lewis, S., & Iselin, S. A. (2002). A comparison of the independent living skills of primary students with visual impairments and their sighted peers:

A pilot study. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 96*, 335–344.

Lewis, V., & Klauber, J. (2002). [Image] [Image] [Image] [Link] [Link] [Link]: Inaccessible Web design from the perspective of a blind librarian. *Library Hi Tech, 20*, 137–140. doi:10.1108/07378830210432499

Lovie-Kitchin, J. E., & Corn, A. L. (2004). Comparative studies of the reading performance of students with low vision. *RE:view, 35*, 57–69.

Maurer, M. (2000, April). Blindness, quotas, and the disadvantages of civil rights. *Braille Monitor, 43*, 247–250.

Maurer, M. (2003). The Federation is attacked for seeking to enhance mobility and safety. *Braille Monitor, 46*, 1–5.

McDonnall, M. C., & Crudden, A. (2009). Factors affecting the successful employment of transition-age youths with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 103*, 329–341.

McHugh, E., & Lieberman, L. (2003). The impact of developmental factors on stereotypic rocking of children with visual impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 97*, 453–474.

Miura, R., Muraoka, T., & Ifukube, T. (2010). Comparison of obstacle sense ability between the blind and the sighted: A basic psychophysical study of designs of acoustic assistive devices. *Acoustical Science and Technology, 31*, 137–147. doi: 10.1250/ast.31.137

Morgan, S. K., & Bradley-Johnson, S. (1995). Technical adequacy of curriculum-based measurement for Braille readers. *School Psychology Review, 24*, 94–103.

National Cooperative Highway Research Program. (n.d.). Accessible pedestrian signals: A guide to best practices. Retrieved from http://www.apsguide.org/index.cfm

National Eye Institute. (2010, May). Facts about retinopathy of prematurity (ROP). Retrieved from http://www.nei.nih.gov/health/rop/rop.asp#5

National Federation of the Blind. (2000). NFB-NEWSLINE®. Retrieved from http://www.nfb.org/nfb/Newspapers_by_Phone.asp?SnID=389319

Pare, J. G. (2005, June). Am I blind? *Braille Monitor, 48*, 412–414.

Perez-Pereira, M., & Conti-Ramsden, G. (1999). *Language development and social interaction in blind children*. East Sussex, England: Psychology Press, Ltd.

Prevent Blindness America. (2005). *Signs of possible eye trouble*. Retrieved from http://www.preventblindness.org/children/trouble_signs.html

Riccobono, M. A. (2010, May). The case for Braille. National Braille Press. Retrieved from http://www.nbp.org/ic/nbp/braille/case_for_braille.html

Rapp, D. W., & Rapp, A. J. (1992). A survey of the current status of visually impaired students in secondary mathematics. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 86*, 115–117.

Rex, E. J., Koenig, A. J., Wormsley, D., & Baker, R. (1994). *Foundations of braille literacy*. New York: American Foundation for the Blind.

Rodgers, M. D., & Emerson, R. W. (2005, October). Human factor analysis of long cane design: Weight and length. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 99*, 622–632.

Rosel, J., Caballer, A., Jara, P., & Oliver, J. C. (2005). Verbalism in the narrative language of children who are blind and sighted. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 99*, 413–425.

Rumrill, P. D., Roessler, R. T., Battersby-Longden, J. C., & Schuyler, B. R. (1998). Situational assessment of the accommodation needs of employees who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 92*, 42–54.

Rumrill, P. D., Schuyler, B. R., & Longden, J. C. (1997). Profiles of on-the-job accommodations needed by professional employees who are blind. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 91*, 66–76.

Ryles, R. (2000). Braille as a predictor of success. In *Braille into the next millennium*. Washington, DC: National Library Service for the Blind and Physically Handicapped and Friends of Libraries for Blind and Physically Handicapped Individuals in North America.

Ryles, R. N. (1997). The relationship of reading skills to employment, income, education, and reading habits. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 91*, 306–315.

Sacks, O. (1990). *An anthropologist on Mars: Seven paradoxical tales*. New York: Vintage Books.

Sacks, S. Z. (2006). The development of social skills: A personal perspective. In S. Z. Sacks & K. E. Wolffe (Eds.), *Teaching social skills to students with visual impairments: From theory to practice* (pp. 3–19). New York: American Foundation for the Blind.

Sauerburger, D. (2005). Street crossings: Analyzing risks, developing strategies, and making decisions. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 99*, 659–663.

Schroeder, F. K. (2002). Research and future opportunities for the blind. *Braille Monitor, 45*, 581–586.

Spungin, S. J. (2003). Cannibalism is alive and well in the blindness field. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 97*, 69–71.

Thompson, S., & Thurlow, M. L. (2003). *2003 state special education outcomes: Marching on*. Minneapolis, MN: University of Minnesota, National Center on Educational Outcomes, University of Minnesota.

Thompson, S. J., Johnstone, C. J., Thurlow, M. L., & Altman, J. R. (2005). *2005 state special education outcomes: Steps forward in a decade of change*. Minneapolis, MN: University of Minnesota, National Center on Educational Outcomes.

Thurber, R. S., Shinn, M. R., & Smolkowski, K. (2002). What is measured in mathematics tests? Construct validity of curriculum-based mathematics measures. *School Psychology Review, 31*, 498–513.

Ulrey, P. (1994). When you meet a guide dog. *RE:view, 26*, 143–144.

Visual Prosthesis. (2010, May 10). In *Wikipedia*. Retrieved from http://en.wikipedia.org/wiki/Visual_prosthesis#cite_note-Lago-0

Warren, D. H. (1994). *Blindness and children: An individual differences approach*. New York: Cambridge University Press.

Webster, A., & Roe, J. (1998). *Children with visual impairments: Social interaction, language, and learning*. London: Routledge.

Weihenmayer, E. (2001). *Touch the top of the world: A blind man's journey to climb farther than the eye can see*. New York: Dutton.

Wolffe, K. E., Sacks, S. Z., Corn, A. L., Erin, J. N., Huebner, K. M., & Lewis, S. (2002). Teachers of students with visual impairments: What are they teaching? *Journal of Visual Impairment and Blindness, 96*, 293–303.

Wright, T., Wormsley, D. P., & Kamei-Hannan, C. (2009). Hand movements and Braille reading efficiency: Data from the Alphabetic Braille and Contracted Braille study. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 103*, 649–661.

Wunder, G. (1993, March). Mobility: Whose responsibility is it? *Braille Monitor, 36*, 567–572.

Zebehazy, K., Hartmann, E., & Durando, J. (2006). High-stakes testing and implications for students with visual impairments and other disabilities. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 100*, 598–601.

Zimmerman, G. J. (2011). Blindness and low vision. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Zimmerman, G. J., Zebehazy, K. T., & Moon, M. L. (2010). Optics and low vision devices. In A. L. Corn & J. N. Erin (Eds.), *Foundations of low vision: Clinical and functional perspectives* (2nd ed., pp. 192–237). New York: AFB Press.

CHAPTER 13

Aitken, S. (2000). Understanding deafblindness. In S. Aitken, M. Buultjens, C. Clark, J. T. Eyre, & L. Pease (Eds.), *Teaching children who are deafblind: Contact, communication, and learning* (pp. 1–34). London: David Fulton.

Ashley, M. J. (Ed.). (2010). *Traumatic brain injury: Rehabilitative treatment and case management* (2nd ed.). Boca Raton, FL: CRC Press.

Best, S. J., Heller, K. W., & Bigge, J. L. (2010). *Teaching individuals with physical or multiple disabilities* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Beukelman, D. R., Yorkston, K. M., & Reichle, J. (Eds.). (2000). *Augmentative and alternative communication for adults with acquired neurologic disorders*. Baltimore: Brookes.

Bodfish, J. W. (2007). Stereotypy, self-injury, and related abnormal repetitive behaviors. In J. W. Jacobson, J. A. Mulick, & J. Rojahn (Eds.), *Handbook of intellectual and developmental disabilities* (pp. 481–505). New York: Springer.

Cardona, G. W. (2000). Spaghetti talk. In M. Oken-Fried & H. A. Bersani (Eds.), *Speaking up and spelling it out: Personal essays on augmentative and alternative communication* (pp. 237–244). Baltimore: Brookes.

Chen, D., Alsop, L., & Minor, L. (2000). Lessons from Project PLAI in California and Utah: Implications for early intervention services to infants who are deaf-blind and their families. *Deaf-Blind Perspectives, 7*(3), 1–8.

Chen, D., Downing, J., & Rodriguez-Gil, G. (2000–2001). Tactile learning strategies for children who are deaf-blind: Concerns and considerations from Project SALUTE. *Deaf-Blind Perspectives, 8*(2), 1–6.

Council for Exceptional Children. (2001). Traumatic brain injury: The silent epidemic. *CEC Today, 7*(7), 1, 5, 15.

Crimmins, C. (2000). *Where is the mango princess?* New York: Knopf.

Cullen, C., & Mudford, O. C. (2005). Gentle teaching. In J. W. Jacobson, R. M. Foxx, & J. A. Mulick (Eds.), *Controversial therapies for developmental disabilities: Fad, fashion, and science in professional practice* (pp. 423–432). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Dell Orto, A. E., & Power, P. W. (2000). *Brain injury and the family: A life and living perspective* (2nd ed.). Washington, DC: CRC Press.

DePompei, R., & Tyler, J. (2004). Children and adolescents: Practical strategies for school participation. In M. J. Ashley (Ed.), *Traumatic brain injury: Rehabilitative treatment and case management* (2nd ed., pp. 559–580). Boca Raton, FL: CRC Press.

Dunst, C. J. (2011). Advances in theory, assessment and intervention with infants and toddlers with disabilities. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Dykens, E. M., Hodapp, R. M., & Finucane, B. M. (2000). *Genetics and mental retardation syndromes: A new look at behavior and interventions*. Baltimore, MD: Brookes.

Everson, J. M., & Trowbridge, M. H. (2011). Preparing students with low-incidence disabilities for community living opportunities. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Engleman, M. (2009). Internet social networking sites: Building community one friend at a time. *Deaf-Blind Perspectives, 17*, 6–9.

Franklin, P., & Bourquin, E. (2000). Picture this: A pilot study for improving street crossings for deaf-blind travelers. *RE:view, 31*, 173–179.

Freeberg, E. (2001). *The education of Laura Bridgman: First deaf and blind person to learn language*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gardner, W. I. (2007). Aggression in persons with intellectual disabilities and mental disorders. In J. W. Jacobson, J. A. Mulick, & J. Rojahn (Eds.), *Handbook of intellectual and developmental disabilities* (pp. 541–562). New York: Springer.

Gense, D. J., & Gense, M. (2004). *The importance of orientation and mobility skills for students who are deaf-blind*. Retrieved from http://dblink.org/lib/o&m.htm

Gerenser, J., & Forman, B. (2007). Speech and language deficits in children with developmental disabilities. In J. W. Jacobson, J. A. Mulick, & J. Rojahn (Eds.), *Handbook of intellectual and physical disabilities* (pp. 563–579). NY: Springer.

Gramlich, S., & Best, D. J. (2009). Traumatic brain injury. In K. W. Heller, P. E. Forney, P. A. Alberto, S. J. Best, & M. N. Schwartzman, *Understanding physical, health, and multiple disabilities* (2nd ed., pp. 116–130). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Green, F. M. (Producer), & Penn, A. (Director). (1962). *The Miracle Worker*. United States: Paramount Pictures.

Hall, B. D. (1979). Choanal atresia and associated multiple anomalies. *Journal of Pediatrics, 95*, 395–398. doi:10.1016/S0022-3476(79)80513-2

Heller, K. W., & Bigge, J. L. (2010). Augmentative and alternative communication. In S. J. Best, K. W. Heller, J. L. Bigge, *Teaching individuals with physical or multiple disabilities* (6th ed., pp. 221–254). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Heller, K. W., Forney, P. E., Alberto, P. A., Best, S. J., & Schwartzman, M. N. (2009). *Understanding physical, health, and multiple disabilities* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Hodges, L. (2000). Effective teaching and learning. In S. Aitken, M. Buultjens, C. Clark, J. T. Eyre, & L. Pease (Eds.), *Teaching children who are deafblind: Contact, communication, and learning* (pp. 167–199). London: David Fulton Publishers.

Horner, R. H., Vaughn, B., Day, H. M., & Ard, B. (1996). The relationship between setting events and problem behavior. In L. K. Koegel, R. L. Koegel, & G. Dunlap (Eds.), *Positive behavioral support: Including people with difficult behavior in the community* (pp. 381–402). Baltimore: Brookes.

Individuals With Disabilities Education Improvement Act of 2004. (2004). 20 U.S.C. § 1400 *et seq.*

Inge, K. J., & Moon, M. S. (2011). Preparing students with low incidence disabilities to work in the community. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Janssen, M. J., Riksen-Walraven, J. M., & van Dijk, J. P. M. (2003). Enhancing the interactive competence of deafblind children: Do intervention effects endure? *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 16*, 73–94. doi:10.1023/B:JODD.0000010040.54094.ed

Kauffman, J. M. (2002). *Education deform: Bright people sometimes say stupid things about education*. Lanham, MD: Scarecrow Education.

Kauffman, J. M. (2008). Special education. In T. L. Good (Ed.), *21st century education: A reference handbook* (pp. 405–413). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kauffman, J. M., Conroy, M., Gardner, R., & Oswald, D. (2008). Cultural sensitivity in the application of behavior principles to education. *Education and Treatment of Children, 31*, 239–262. doi:10.1353/etc.0.0019

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (2005). *Special education: What it is and why we need it*. Boston: Allyn & Bacon.

Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2009). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (9th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill/Pearson.

Kauffman, J. M., Pullen, P. L., Mostert, M. P., & Trent, S. C. (2011). *Managing classroom behavior: A reflective case-based approach* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Keller, H. (1905). *The story of my life*. New York: Grosset & Dunlap.

Klein, M. D., Chen, D., & Haney, C. M. (2000). *Promoting learning through active interaction: A guide to early communication with young children who have multiple disabilities*. Baltimore: Brookes.

Kloepfer, H. W., Laguaite, J. K., & McLaurin, J. W. (1966). The hereditary syndrome of congenital deafness and retinitis pigmentosa (Usher's syndrome). *Laryngoscope, 76*, 850–862.

Koegel, L. K., Koegel, R. L., & Dunlap, G. (Eds.). (1996). *Positive behavioral support: Including people with difficult behavior in the community*. Baltimore: Brookes.

Lajiness-O'Neill, R., & Erdodi, L. A. (2011). Traumatic brain injury. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

McDaniel, F. (2000). A group of students with Usher syndrome in south Louisiana. *Deaf-Blind Perspectives, 8*(1), 1–3.

Miles, B. (1998). *Overview of deaf-blindness*. Monmouth, OR: DB-LINK. Retrieved from www.tr.wou.edu/dblink/Overview2.htm

Miles, B. (1999, March 9). *Talking the language of the hands*. Retrieved June 1, 2001, from www.tr.wou.edu/dblink/hands2.htm

Miner, I., & Cioffi, J. (1999, October 25). *Usher syndrome in the school setting*. Retrieved May 15, 2001, from www.tr.wou.edu/dblink/usherfulltext.htm

Morris, R. J., & Mather, N. (Eds.). (2008). *Evidence-based interventions for students with learning and behavioral challenges*. London: Taylor & Francis.

Moss, K., & Hagood, L. (1995). *Teaching strategies and content modifications for the child with deaf-blindness*. Austin, TX: Texas School for the Blind and Visually Impaired.

Mostert, M. P. (1998). *Interprofessional collaboration in schools*. Boston: Allyn & Bacon.

Mulick, J. A., & Butter, E. M. (2005). Positive behavior support: A paternalistic utopian delusion. In J. W. Jacobson, R. M. Foxx, & J. A. Mulick (Eds.), *Controversial therapies for developmental disabilities: Fad, fashion, and science in professional practice* (pp. 385–404). Mahwah, NJ: Erlbaum.

National Data Accountability Center. (2010, June). Individuals With Disabilities Education Act (IDEA) Data. Retrieved from https://www.ideadata.org/default.asp

National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2010, June 7). Usher syndrome. Retrieved from http://www.nidcd.nih.gov/health/hearing/usher.asp

Newsom, C., & Kroeger, K. A. (2005). Nonaversive treatment. In J. W. Jacobson, R. M. Foxx, & J. A. Mulick (Eds.), *Controversial therapies for developmental disabilities: Fad, fashion, and science in professional practice* (pp. 405–422). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Noonan, M. J., & McCormick, L. (2006). *Young children with disabilities in natural environments*. Baltimore: Brookes.

Oken-Fried, M., & Bersani, H. A. (Eds.). (2000). *Speaking up and spelling it out: Personal essays on augmentative and alternative communication*. Baltimore: Brookes.

Oley, C. A. (2001). CHARGE association. In S. B. Cassidy & J. E. Allanson (Eds.), *Management of genetic syndromes* (pp. 71–84). New York: Wiley-Liss.

Osborne, J. G. (2005). Person-centered planning: A faux fixe in the service of humanism? In J. W. Jacobson, R. M. Foxx, & J. A. Mulick (Eds.), *Controversial therapies for developmental disabilities: Fad, fashion, and science in professional practice* (pp. 313–329). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Pease, L. (2000). Creating a communicating environment. In S. Aitken, M. Buultjens, C. Clark, J. T. Eyre, & L. Pease (Eds.), *Teaching children who are deafblind: Contact, communication, and learning* (pp. 35–82). London: David Fulton Publishers.

Persel, C. S., & Persel, C. H. (2004). The use of applied behavior analysis in traumatic brain injury rehabilitation. In M. J. Ashley (Ed.), *Traumatic brain injury: Rehabilitative treatment and case management* (2nd ed., pp. 403–453). Boca Raton, FL: CRC Press.

Smith, K. G., Smith, I. M., & Blake, K. (2010). CHARGE syndrome: An educator's primer. *Education and Treatment of Children, 33*, 289–314.

Snell, M. E., & Brown, F. (2006). *Instruction of students with severe disabilities* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Stichter, J. P., Conroy, M. A., & Kauffman, J. M. (2008). *An introduction to students with high-incidence disabilities*. Upper Saddle River, NJ: Merrill/Prentice Hall.

Thompson, R. H., & Iwata, B. A. (2001). A descriptive analysis of social consequences following problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 34*, 169–178. doi:10.1901/jaba.2001.34-169

Walther-Thomas, C., Korinek, L., McLaughlin, V. L., & Williams, B. T. (2000). *Collaboration for inclusive education: Developing successful programs*. Boston: Allyn & Bacon.

Westling, D. L., & Fox, L. (2009). *Teaching students with severe disabilities* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill.

Wrong Diagnosis. (2010, June 20). Prevalence and incidence of Usher syndrome. Retrieved from http://www.wrongdiagnosis.com/u/usher_syndrome/prevalence.htm

Yoder, D. E. (2001). Having my say. *Augmentative and Alternative Communication, 17*, 2–10.

Zentner, G. E., Layman, W. S., Martin, D. M., & Scacheri, P. C. (2010). Molecular and phenotypic

aspects of CHD7 mutation in CHARGE syndrome. *American Journal of Medical Genetics Part A, 152A*, 674–686.

CHAPTER 14

Aicardi, J., Guerrini, R., & Arzimanoglou, A. (2004). *Aicardi's epilepsy in children* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Auxter, D., Pyfer, J., & Huettig, C. (2005). *Principles and methods of adapted physical education and recreation* (10th ed.). New York: McGraw-Hill.

Batshaw, A. J. (2009). *Pediatric neuroimaging* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Batshaw, M. L. (Ed.). (2002). *Children with disabilities* (5th ed.). Baltimore: Brookes.

Batshaw, M. L., & Tuchman, M. (2002). PKU and other inborn errors of metabolism. In M. L. Batshaw (Ed.), *Children with disabilities* (5th ed., pp. 333–345). Baltimore: Brookes.

Bax, M. (2001). Editorial: What's in a name? *Developmental Medicine and Child Neurology, 43*, 75.

Best, S. J., & Bigge, J. L. (2010). Cerebral palsy. In S. J. Best, K. W. Heller, & J. L. Bigge, *Teaching individuals with physical or multiple disabilities* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill Pearson.

Best, S. J., Heller, K. W., & Bigge, J. L. (2010). *Teaching individuals with physical or multiple disabilities* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill Pearson.

Bottos, M., Feliciangeli, A., Sciuto, L., Gericke, C., & Vianello, A. (2001). Functional status of adults with cerebral palsy and implications for treatment of children. *Developmental Medicine and Child Neurology, 43*, 516–528. doi:10.1017/S0012162201000950

Cascio, J. (2007, June 13). *The accidental cyborg*. Retrieved from http://ieet.org/index.php/IEET/more/cascio20070613/

DeFord, S. (1998, July 26). High tech for the disabled. *The Washington Post Education Review*, 4, 30.

Durst, C. J. (2011). Advances in theory, assessment and intervention with infants and toddlers with disabilities. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Easley, T. (2000). *Jim the boy*. Boston: Little, Brown.

Goodman, E. (2007, May 29). Wheels competing with feet. *Charlottesville Daily Progress*, A8.

Heller, K. W., Alberto, P. A., Forney, P. E., & Schwartzman, M. N. (2009). *Understanding physical, sensory, and health impairments: Characteristics and educational implications* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Holmes, M. S. (2004). *Fictions of affliction: Physical disability in Victorian culture*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.

Howe, M. (n.d.). *Born to run*. Retrieved from www.specialolympics.org/print_2189

Kelly, L. E., & Block, M. E. (2011). Physical education. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Lajiness-O'Neill, R., & Erdodi, L. A. (2011). Traumatic brain injury. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Levy, S. E., & O'Rourke, M. (2002). Technological assistance: Innovations for independence. In M. L. Batshaw (Ed.), *Children with disabilities* (5th ed., pp. 629–645). Baltimore: Brookes.

Lindsey, J. E. (Ed.). (2000). *Technology and exceptional individuals* (3rd ed.). Austin, TX: Pro-Ed.

Liptak, G. (2002). Neural tube defects. In M. L. Batshaw (Ed.), *Children with disabilities* (5th ed., pp. 467–492). Baltimore: Brookes.

Longman, J. (2007, May 15). An amputee sprinter: Is he disabled or too-abled? *The New York Times*. Retrieved from http://www.nytimes.com/2007/05/15/sports/othersports/15runner.html [illegible]

Martin, S. (2006). *Teaching motor skills to children with cerebral palsy and similar movement disorders: A guide for parents and professionals*. Bethesda, MD: Woodbine House.

McGrath, B. (2007, July 30). Muscle memory: The next generation of bionic prostheses. *The New Yorker*, pp. 40–45.

Metzler, I. (2006). *Disability in medieval Europe: Thinking about physical impairment during the High Middle Ages, c. 1100–1400*. New York: Routledge.

Moon, M. S. (Ed.). (2011). Section X: Transition of adults with low incidence disabilities. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Nabors, L. A., & Lehmkuhl, H. D. (2004). Children with chronic medical conditions: Recommendations for school mental health clinicians. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 16*, 1–19. doi:10.1023/B:JODD.0000010036.72472.55

Navarro, M. (2007, May 13). "This is who I am. If you have a problem with it, that's your problem." *The New York Times*, Section 9, 1, 8–9.

Olrick, J. T., Pianta, R. C., & Marvin, R. S. (2002). Mother's and father's responses to signals of children with cerebral palsy during feeding. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 14*, 1–17. doi:10.1023/A:1013537528167

Perrin, J. M., Bloom, S. R., & Gortmaker, S. L. (2007). The increase of childhood chronic conditions in the United States. *Journal of the American Medical Association, 297*, 2755–2759.

Robertson, C. M. T., Watt, M., & Yasui, Y. (2007). Changes in the prevalence of cerebral palsy for children born very prematurely within a population-based program over 30 years. *Journal of the American Medical Association, 297*, 2733–2740.

Saslow, E. (2007, April 12). In Maryland, a fight to the finish line: Wheelchair racer's quest for inclusion spurs debate. *The Washington Post*, A1, A16.

Scanlon, D. J. (Ed.). (2011). Section IX: Transition of adults with high incidence disabilities. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Sherman, E. M. S., Slick, D. J., & Eyrl, K. L. (2006). Executive dysfunction is a significant predictor of poor quality of life in children with epilepsy. *Epilepsia, 47*, 1936–1942. doi:10.1111/j.1528-1167.2006.00816.x

Singh, D. K. (2003). Families of children with spina bifida: A review. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 15*, 37–55. doi:10.1023/A:1021452220201

Specter, M. (2009). *Denialism: How irrational thinking hinders scientific progress, harms the planet, and threatens our lives*. New York: Penguin.

Torpy, J. M. (2010). Chronic diseases of children. *Journal of the American Medical Association, 303*(7), 682. doi:10.1001/jama.303.7.682

Vig, S., & Kaminer, R. (2002). Maltreatment and developmental disabilities in children. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 14*, 371–386. doi:10.1023/A:1020334903216

Weinstein, S. (2002). Epilepsy. In M. L. Batshaw (Ed.), *Children with disabilities* (5th ed., pp. 493–523). Baltimore: Brookes.

Welch, E. M., Barton, E. R., Zhuo, J., Tomizawa, Y., Friesen, W. J., Trifillis, P., et al. (2007, May 3). PTC124 targets genetic disorders caused by nonsense mutations. *Nature, 447*, 87–91. Retrieved from www.nature.com/nature/journal/v447/n7140/abs/nature05756.html

White, P. H., Schuyler, V., Edelman, A., Hayes, A., & Batshaw, M. L. (2002). Future expectations: Transition from adolescence to adulthood. In M. L. Batshaw (Ed.), *Children with disabilities* (5th ed., pp. 693–705). Baltimore: Brookes.

Willen, E. J. (2006). Neurocognitive outcomes in pediatric HIV. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 12*, 223–228. doi:10.1002/mrdd.20112

Zylke, J. W., & DeAngelis, C. D. (2007). Pediatric chronic diseases—stealing childhood. *Journal of the American Medical Association, 297*, 2765–2766.

CHAPTER 15

Andrews, D. (Ed.). (2010). STEM high schools. *Roeper Review, 32*(1), special issue.

Assouline, S. G., & Colangelo, N. (2006). Social-emotional development of gifted adolescents. In F. A. Dixon & S. M. Moon (Eds.), *The handbook of secondary gifted education* (pp. 65–86). Waco, TX: Prufrock Press.

Assouline, S. G., & Lupkowski-Shoplik, A. (2005). *Developing mathematical talent: A guide for challenging and educating gifted students*. Waco, TX: Prufrock Press.

Assouline, S. G., Nicpon, M. F., & Doobay, A. (2009). Profoundly gifted girls and autism spectrum disorder. *Gifted Child Quarterly, 53*, 89–105. doi:10.1177/0016986208330565

Assouline, S. G., Nicpon, M. F., & Whiteman, C. (2010). Cognitive and psychosocial characteristics of gifted students with written language disability. *Gifted Child Quarterly, 54*, 102–115. doi:10.1177/0016986209355974

Borland, J. H. (1989). *Planning and implementing programs for the gifted*. New York: Teachers College Press.

Borland, J. H. (1997). The construct of giftedness. *Peabody Journal of Education, 72*(3&4), 6–20.

Borland, J. H. (2004). *Issues and practices in the identification and education of gifted students from under-represented groups*. Storrs, CT: National Research Center on the Gifted and Talented.

Brighton, C. M., & Jarvis, J. M. (2011). Early identification and intervention in gifted education: Developing talent in diverse learners. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education*. New York: Routledge.

Brody, L. E., & Stanley, J. C. (2005). Youths who reason exceptionally well mathematically and/or verbally. In R. J. Sternberg & J. E. Davidson (Eds.), *Conceptions of giftedness* (2nd ed., pp. 20–37). New York: Cambridge University Press.

Callahan, C. M. (2000). Evaluation as a critical component of program development and implementation. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 537–548). New York: Pergamon.

Callahan, C. M. (2001). Evaluating learner and program outcomes in gifted education. In F. A.

Karnes & S. M. Bean (Eds.), *Methods and materials for teaching the gifted* (pp. 253–286). Waco, TX: Prufrock Press.

Callahan, C. M. (2003). *Advanced Placement and International Baccalaureate programs for talented students in American high schools: A focus on science and mathematics.* Storrs, CT: National Research Center on the Gifted and Talented.

Callahan, C. M. (2011). Special gifts and talents. In J. M. Kauffman & D. P. Hallahan (Eds.), *Handbook of special education.* New York: Routledge.

Chan, D. W. (2006). Perceived multiple intelligences among male and female Chinese gifted students in Hong Kong: The structure of the Student Multiple Intelligences Profile. *Gifted Child Quarterly, 50,* 325–338.

Cline, S., & Hegeman, K. (2001). Gifted children with disabilities. *Gifted Child Today, 24*(3), 16–24.

Colangelo, N., & Assouline, S. G. (2000). Counseling gifted students. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 595–608). New York: Pergamon.

Colangelo, N., Assouline, S. G., & Gross, M. U. M. (2004a). *A nation deceived: How schools hold back America's brightest students: Vol. I.* Iowa City, IA: Connie Belin & Jacqueline N. Blank International Center for Gifted Education and Talent Development.

Colangelo, N., Assouline, S. G., & Gross, M. U. M. (Eds.). (2004b). *A nation deceived: How schools hold back America's brightest students. Vol. II.* Iowa City, IA: Connie Belin & Jacqueline N. Blank International Center for Gifted Education and Talent Development.Council for Exceptional Children. (2010). *Performance-based standards.* Retrieved from www.cec.sped.org/ps/perf_based_stds/index.html

Dale, E. J. (2000). Technology for individuals with gifts and talents. In J. E. Lindsey (Ed.), *Technology and exceptional individuals* (3rd ed., pp. 375–407). Austin, TX: Pro-Ed.

Davis, G. A., & Rimm, S. B. (2004). *Education of the gifted and talented* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

De Hahn, E. L. H. (2000). Cross-cultural studies in gifted education. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 549–561). New York: Pergamon.

DiGennaro, J. (2007, February 19). Gifted minds we need to nurture. *The Washington Post,* A17.

Dixon, F. A., & Moon, S. M. (Eds.). (2006). *The handbook of secondary gifted education.* Waco, TX: Prufrock Press.

Ford, D. Y., & Moore, J. L. (2006). Being gifted and adolescent: Issues and needs of students of color. In F. A. Dixon & S. M. Moon (Eds.), *The handbook of secondary gifted education* (pp. 113–136). Waco, TX: Prufrock Press.

Freeman, J. (2000). Families: The essential context for gifts and talents. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 573–586). New York: Pergamon.

Freeman, J. (2005). Permission to be gifted: How conceptions of giftedness can change lives. In R. J. Sternberg & J. E. Davidson (Eds.), *Conceptions of giftedness* (2nd ed., pp. 80–97). New York: Cambridge University Press.

Gallagher, J. J. (1998). Accountability for gifted students. *Phi Delta Kappan, 79,* 739–742.

Gallagher, J. J. (2000a). Changing paradigms for gifted education in the United States. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 681–693). New York: Pergamon.

Gallagher, J. J. (2000b). Unthinkable thoughts: Education of gifted students. *Gifted Child Quarterly, 44,* 5–12. doi: 10.1177/001698620004400102

Gallagher, J. J. (2002). *Society's role in educating gifted students: The role of public policy.* Storrs, CT: National Research Center on the Gifted and Talented.

Gallagher, J. J. (2004). Public policy and acceleration of gifted students. In N. Colangelo, S. G. Assouline, & M. U. M. Gross (Eds.), *A nation deceived: How schools hold back America's brightest students: Vol. II* (pp. 39–45). Iowa City, IA: Connie Belin & Jacqueline N. Blank International Center for Gifted Education and Talent Development.

Gallagher, J. J. (2006). According to Jim: Best and worst of gifted education. *Roeper Review, 29,* 10.

Gardner, H., & Hatch, T. (1989). Multiple intelligences go to school: Educational implications of the theory of multiple intelligences. *Educational Researcher, 18*(8), 4–9.

Gentry, M. (2006). No Child Left Behind: Neglecting excellence. *Roeper Review, 29,* 24–27.

Goldsmith, B. (2005). *Obsessive genius: The inner world of Marie Curie.* New York: Norton.

Goodkin, S. (2005, December 27). Leave no gifted child behind. *The Washington Post,* A25.

Gould, S. J. (1996). *The mismeasure of man* (Rev. ed.). New York: Norton.

Gross, M. U. M. (2000). Issues in the cognitive development of exceptionally and profoundly gifted individuals. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 179–192). New York: Pergamon.

Gross, M. U. M. (2002). Social and emotional issues for exceptionally intellectually gifted students. In M. Neihart, S. M. Reis, N. M. Robinson, & S. M. Moon (Eds.), *The social and emotional development of gifted children: What do we know?* (pp. 19–29). Waco, TX: Prufrock Press.

Heller, K. A., Monks, F. J., Sternberg, R. J., & Subotnik, R. F. (Eds.). (2000). *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed.). New York: Pergamon.

Herbert, T. P., & Kelly, K. R. (2006). Identity and career development in gifted students. In F. A. Dixon & S. M. Moon (Eds.), *The handbook of secondary gifted education* (pp. 35–64). Waco, TX: Prufrock Press.

Huefner, D. S. (2006). *Getting comfortable with special education law: A framework for working with children with disabilities* (2nd ed.). Norwood, MA: Christopher-Gordon.

Hunsaker, S. L., & Callahan, C. M. (1995). Creativity and giftedness: Published instrument uses and abuses. *Gifted Child Quarterly, 39,* 110–114. doi: 10.1177/001698629503900207

Karnes, M. B., & Bean, S. M. (Eds.). (2001). *Methods and materials for teaching the gifted.* Waco, TX: Prufrock Press.

Kauffman, J. M., & Hallahan, D. P. (2005). *Special education: What it is and why we need it.* Boston: Allyn & Bacon.

Kauffman, J. M., & Konold, T. R. (2007). Making sense in education: Pretense (including NCLB) and realities in rhetoric and policy about schools and schooling. *Exceptionality, 15,* 75–96.

Kerr, B. (2000). Guiding gifted girls and young women. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 649–658). New York: Pergamon.

Kohler, P. D., & Field, S. (2006). Transition-focused education: Foundation for the future. In B. G. Cook & B. R. Schirmer (Eds.), *What is special about special education? Examining the role of evidence-based practices* (pp. 86–99). Austin, TX: Pro-Ed.

Landrum, M. S., Callahan, C. M., & Shaklee, B. D. (Eds.). (2001). *Aiming for excellence: Gifted program standards.* Waco, TX: Prufrock Press.

Lloyd, J. W., & Hallahan, D. P. (2007). Advocacy and reform of special education. In J. B. Crockett, M. M. Gerber, & T. J. Landrum (Eds.), *Achieving the radical reform of special education: Essays in honor of James M. Kauffman* (pp. 245–263). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Lohman, D. F. (2005, September). *Identifying academically talented minority students* (RM05216). Storrs, CT: University of Connecticut, National Research Center on the Gifted and Talented.

Lohman, D. F. (2006). Exploring perceptions and awareness of high ability. *Roeper Review, 29,* 32–40.

Lubinski, D., Benbow, C. P., & Morelock, M. J. (2000). Gender differences in engineering and the physical sciences among the gifted: An inorganic–organic distinction. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 633–648). New York: Pergamon.

Manstetten, R. (2000). Promotion of the gifted in vocational training. In K. A. Heller, F. J. Monks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 439–446). New York: Pergamon.

Martin, L. T., Burns, R. M., & Schonlau, M. (2010). Mental disorders among gifted and nongifted youth: A selected review of the epidemiological literature. *Gifted Child Quarterly, 54,* 31–41. doi:10.1177/0016986209352684

McCluskey, K. W., Baker, P. A., & McCluskey, A. L. A. (2005). Creative problem solving with marginalized populations: Reclaiming lost prizes through in-the-trenches interventions. *Gifted Child Quarterly, 49,* 330–341.

Mendoza, C. (2006). Inside today's classrooms: Teacher voices on No Child Left Behind and the education of gifted children. *Roeper Review, 29,* 28–31.

Monks, F. J., & Katzko, M. W. (2005). Giftedness and gifted education. In R. J. Sternberg & J. E. Davidson (Eds.), *Conceptions of giftedness* (2nd ed., pp. 187–200). New York: Cambridge University Press.

Moore, J. L., Ford, D. Y., & Milner, H. R. (2005). Recruitment is not enough: Retaining African American students in gifted education. *Gifted Child Quarterly, 49,* 51–67.

Mueller, C. E. (2009). Protective factors as barriers to depression in gifted and nongifted adolescents. *Gifted Child Quarterly, 53,* 3–14. doi:10.1177/0016986208326552

Muratori, M. C., Stanley, J. C., Gross, M. U. M., Ng, L., Tao, T., Ng, J., et al. (2006). Insights from SMPY's greatest former child prodigies: Drs. Terence ("Terry") Tao and Lenhard ("Lenny") Ng reflect on their talent development. *Gifted Child Quarterly, 50,* 307–324.

Murray, S. (2005, July 19). Grants for gifted children face major threat from budget ax. *The Washington Post,* A19.

Neihart, M., Reis, S. M., Robinson, N. M., & Moon, S. M. (Eds.). (2002). *The social and emotional development of gifted children: What do we know?* Waco, TX: Prufrock Press.

Odom, S. L., & Wolery, M. (2006). A unified theory of practice in early intervention/early childhood special education. In B. G. Cook & B. R. Schirmer (Eds.), *What is special about special education? Examining the role of evidence-based practices* (pp. 72–85). Austin, TX: Pro-Ed.

Peterson, J., Duncan, N., & Canady, K. (2009). A longitudinal study of negative life events, stress, and school experiences of gifted youth. *Gifted Child Quarterly, 53*, 34–49. doi:10.1177/0016986208326553

Peterson, J. S., & Ray, K. E. (2006). Bullying among the gifted: The subjective experience. *Gifted Child Quarterly, 50*, 252–269.

Plucker, J. A., & Stocking, V. B. (2001). Looking outside and inside: Self-concept development of gifted adolescents. *Exceptional Children, 67*, 535–548.

Porter, L. (2005). *Gifted young children: A guide for teachers and parents* (2nd ed.). Berkshire, England: Open University Press.

Reis, S. M., & Renzulli, J. S. (2009). Myth 1: The gifted and talented constitute one single homogeneous group and giftedness is a way of being that stays in the person over time and experiences. *Gifted Child Quarterly, 53*, 233–235. doi:10.1177/0016986209346824

Renzulli, J. S., & Park, S. (2002). *Giftedness and high school dropouts: Personal, family, and school-related factors*. Storrs, CT: National Research Center on the Gifted and Talented.

Robinson, A., Shore, B. M., & Enersen, D. L. (2007). *Best practices in gifted education: An evidence-based guide*. Waco, TX: Prufrock Press.

Robinson, N. M. (2005). In defense of a psychometric approach to the definition of academic giftedness: A conservative view from a diehard liberal. In R. J. Sternberg & J. E. Davidson (Eds.), *Conceptions of giftedness* (2nd ed., pp. 280–294). New York: Cambridge University Press.

Ruf, D. L. (2005). *Losing our minds: Gifted children left behind*. Scottsdale, AZ: Great Potential Press.

Smutny, J. F. (2001). Creative strategies for teaching language arts to gifted students (K–8) (ERIC Digest No. E612). Retrieved from www.ericec.org

Sternberg, R. J. (1997). A triarchic view of giftedness: Theory and practice. In N. Colangelo & G. A. Davis (Eds.), *Handbook of gifted education* (2nd ed., pp. 43–53). Boston: Allyn & Bacon.

Sternberg, R. J. (1998). Abilities are forms of developing expertise. *Educational Researcher, 27*(3), 11–20.

Sternberg, R. J. (2000). Giftedness as developing expertise. In K. A. Heller, F. J. Mönks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. [illegible]). New York: Pergamon.

Sternberg, R. J. (2001). What is the common thread of creativity? Its dialectical relation to intelligence and wisdom. *American Psychologist, 56*, 360–362.

Tannenbaum, A. J. (1993). History of giftedness and "gifted education" in world perspective. In K. A. Heller, F. J. Mönks, & A. H. Passow (Eds.), *International handbook of research and development of giftedness and talent* (pp. 3–27). New York: Pergamon.

Tannenbaum, A. J. (2000a). A history of giftedness in school and society. In K. A. Heller, F. J. Mönks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 23–53). New York: Pergamon.

Tannenbaum, A. J. (2000b). Giftedness: The ultimate instrument for good and evil. In K. A. Heller, F. J. Mönks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 447–465). New York: Pergamon.

Tomlinson, C. (1995). *Differentiating instruction for advanced learners in the mixed-ability middle school classroom* (ERIC Digest No. E536). Retrieved from www.ericec.org

Tomlinson, C. A., Ford, D. Y., Reis, S. M., Briggs, C. J., & Strickland, C. A. (Eds.). (2004). *In search of the dream: Designing schools and classrooms that work for high potential students from diverse cultural backgrounds*. Washington, DC: National Association for Gifted Children.

Tomlinson, C. A., Kaplan, S. N., Renzulli, J. S., Purcell, J., Leppien, J., & Burns, D. (2002). *The parallel curriculum: A design to develop high potential and challenge high-ability learners*. Thousand Oaks, CA: Corwin.

VanTassel-Baska, J. (2000). Theory and research on curriculum development for the gifted. In K. A. Heller, F. J. Mönks, R. J. Sternberg, & R. F. Subotnik (Eds.), *International handbook of giftedness and talent* (2nd ed., pp. 345–365). New York: Pergamon.

VanTassel-Baska, J. (2006). A content analysis of evaluation findings across 20 gifted programs: A clarion call for enhanced gifted program development. *Gifted Child Quarterly, 50*, 199–215.

VanTassel-Baska, J., & Stambaugh, T. (2006). *Comprehensive curriculum for gifted learners* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Von Károlyi, C., & Winner, E. (2005). Extreme giftedness. In R. J. Sternberg & J. E. Davidson (Eds.), *Conceptions of giftedness* (2nd ed., pp. 377–394). New York: Cambridge University Press.

Willard-Holt, C. (1999). *Dual exceptionalities* (ERIC Digest No. E574). Alexandria, VA: ERIC Clearinghouse on Disabilities and Gifted Education.

Willingham, D. T. (2009). *Why don't students like school? A cognitive scientist answers questions about how the mind works and what it means for your classroom*. San Francisco: Jossey-Bass.

Yoon, S. Y., & Gentry, M. (2009). Racial and ethnic representation in gifted programs. *Gifted Child Quarterly, 53*, 121–136. doi:10.1177/0016986208330564

Zirkel, P. A. (2005). *The law and gifted education*. Storrs, CT: National Research Center on the Gifted and Talented.

Inv: 4901
Date:4/2/201